د. نبال الحاج محمد



الشيخوخة

خصائصها واضطراباتها

دار النهضة العربية

الشيخوخة
خصائصها واضطراباتها



الشيخوخة
خصائصها واضطراباتها

نبال الحاج



رقم الكتاب :12210

اسم الكتاب : الشيخوخة

المؤلف : نبال الحاج محمد

الموضوع : علم اجتماع

سنة الطبع : 2019م. 1440هـ/. ط 1

القياس : 17 × 24

عدد الصفحات : 168

تلفون : 854161 - 1 - 961 +

فاكس : 833270 - 1 - 961 +

ص ب : 0749 - 11 رياض الصلح

بيروت 072060 11 - لبنان

بريد الكتروني: e - mail: darnahda@gmail.com



بيروت لبنان

منشورات: دار النهضة العربية

بيروت - شارع الجامعة العربية - مقابل كلية طب الاسنان

بناية إسكندراني رقم 3 - الطابق الأرضي والأول

Facebook @daranahda
Twitter @daranahda
instagram @darannahda


يهرم الإنسان حين يتوقف عن التطوّر والتقدّم

"بنجامين فرانكلين"

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى زملائي وطلابي في قسم علم النفس في الجامعة اللبنانية، وإلى كل العاملين في مجال الصحة النفسية.

شكر..

أتوجه بالشكر إلى المهندسة بتول العس المحترمة، وإلى دار النهضة العربية على اهتمامهم بهذا العمل وحسن إنجازه.

المقدمة

إن معرفة الإنسان لخصائص المراحل العمرية التي يمرّ بها مسألة هامة جدًا، فهي تساعد على توجيه سلوكاته والتحكم بها والسيطرة عليها. ويمرّ الإنسان منذ بداية ولادته إلى أن يهرم بمراحل متعدّدة، وفي هذه المراحل يحدث الكثير من التغيرات الجسدية، والنفسية، والعقلية، التي تعود إلى عوامل وراثية وبيئية، بالإمكان الاطلاع عليها ودراستها بواسطة المناهج العلمية المستخدمة من قبل علماء نفس ال نموّ الذين اهتموا بدراسة المراحل العمرية وعملوا على توضيح خصائصها واضطراباتها أيضًا، بما في ذلك مرحلة الشيخوخة.

من جهة أخرى، يعتبر علم نفس ال نموّ فرعًا من فروع علم النفس الذي يهتم بدراسة التغيّرات والتبدّلات التي تطرأ على السلوك الإنساني منذ مرحلة الولادة وحتى مرحلة الشيخوخة. وتشمل هذه التغيّرات كل جوانب شخصية الإنسان، وإن كانت لا تحدث بنفس الوتيرة وبنفس المعدّل. وظهر علم نفس ال نموّ في أواخر القرن التاسع عشر وكان تركيزه مقتصرًا على دراسة مرحلة الطفولة. وبعد الحرب العالمية الأولى بفترة قصيرة بدأت البحوث حول المراهقة في الظهور، وخلال الفترة الممتدّة ما بين الحربين العالميتين الأولى والثانية، ظهرت بعض الدراسات النفسية التي تتعلق بمرحلة الرشد. أما الاهتمام بالمسنين فلم يظهر بشكل واضح إلا منذ مطلع الستينيات من هذا القرن.

مرحلة الشيخوخة هي المرحلة العمرية التي تبدأ عندما يبلغ الإنسان 65 عامًا، وفيها تتراجع القدرات الوظيفية سواء الجسدية أو العقلية للإنسان، ويبدأ التلف الحسي والحركي بالظهور والانتشار.

ولكن توجد آراء مختلفة حول المعنى الحقيقي للشيخوخة، فهل هي مجرد الوصول إلى سن معيّنة؟ أم إن هناك صفاتٍ (جسدية ونفسية اجتماعية) عندما يكتسبها الفرد يكون قد وصل إلى

مرحلة الشيخوخة؟

إن أعداد المسنين تتزايد في العالم نتيجة تطوّر وسائل المعيشة وارتفاع مستوى الخدمات الصحية والاهتمام بالصحة العامة في جميع نواحيها العلاجية والوقائية أيضًا، من هنا تأتي أهميّة دراسة خصائص هذه المرحلة، إضافة إلى أهميّة مساعدة الاختصاصيين والمعالجين بمدّهم بالمعلومات الكافية عن هذه المرحلة من أجل وضع خطط التدخّل والعلاج والرعاية اللازمة. زد على ذلك البعد الإنساني الذي يفرض علينا التعامل مع المسنين على أنهم أفراد شاركوا في مراحل التقدّم والإنجازات التي أحرزها المجتمع من خلال جهودهم السابقة.

نستعرض في هذا الكتاب مرحلة الشيخوخة، وما تمرّ به من تغيّراتٍ في صحة الإنسان، ووظائفه الجسدية وحالته النفسية، وأهم الاضطرابات الجسدية والنفسية التي قد يتعرض لها الشخص المسنّ، وكيفية علاجها بالطرق المناسبة، إضافة إلى الحياة الجنسية وتبدلاتها لدى المسنّ، وخبرة التقاعد وتأثيراتها النفسية والجسدية على المسنّ المتقاعد.

نأمل أن يحقق هذا الكتاب الغاية المنشودة في مساعدة الطلاب الذين يتخصّصون في العلوم النفسية، والاختصاصيين النفسيين، وغيرهم من الذين يعملون مع هذه الشريحة العمرية في لبنان كما في بقية البلدان العربية.

د. نبال الحاج محمد

أستاذ مساعد في قسم علم النفس في الجامعة اللبنانية

الفصل الأول
مفهوم الشيخوخة ونظرياتها

أولاً: مفهوم الشيخوخة

ثانياُ: مقاييس تحديد الشيخوخة

ثالثاً: واقع الشيخوخة في لبنان والعالم العربي

رابعاً: النظريات المفسّرة للشيخوخة.

لمحة سريعة عن علم نفس النموّ

تُعدّ عملية دراسة سيكولوجية النموّ الإنساني عملية بالغة الأهمية في حد ذاتها؛ نظرًا للحاجة الضرورية إلى فهم جميع المراحل العمرية وجميع خصائصها واستعداداتها، حيث تبرز وتظهر أهمية علم نفس ال نموّ للوالدين، والمربين، وعلماء النفس؛ للمساهمة في رفع مستوى الصحة النفسية والجسمية لدى جميع أفراد المجتمع في مختلف مراحلهم العمرية[1].

علم نفس النموّ، أو ما يعرف أيضًا بعلم النفس التطوريّ Developmental Psychology فرع من فروع علم النفس العام الذي يهتم بدراسة تطور ونموّ الإنسان أثناء مراحل نموه المختلفة، بدءًا بمرحلة الطفولة ثمّ مرحلة المراهقة والشباب، والرشد، وانتهاءً بمرحلة الشيخوخة. أيضًا يدرس علم نفس ال نموّ المتغيرات التي تحدث خلال مراحل النموّ المختلفة من الناحية السلوكية والنفسية، كما يهتم بالخصائص الجسمية والانفعالية الخاصة بكلّ مرحلة عمرية. أما فروع علم نفس النموّ فهي: علم نفس الطفل، علم نفس المراهقة والشباب، علم نفس الشيخوخة.

في الواقع، إن النموّ سلسلة منظمة ومتكاملة تسير من الداخل إلى الخارج، أي في البداية تنمو أجهزة الجسم الداخلية، من ثم الأجهزة الخارجية، ويمرّ كل إنسانٍ بهذه المراحل، حتى وإن تأخر نموّه في مرحلة ما، كما أن أي ضعف في عملية النموّ في الصغر يؤدي إلى مشاكل في الكبر، وضعف النموّ في أحد الجوانب يؤدّي إلى حدوث تأثيرات سلبية على الجوانب الأخرى. كما أن مراحل النموّ هي مراحل مترابطة، لا يمكن فصل أي مرحلة منها عن الأخرى، فكل مرحلة في السلسلة تؤدي إلى المرحلة التي تليها. أما أسرع مراحل النموّ فهي المراحل الجنينية، ويكون النموّ سريعًا في البداية ليتّزن في مرحلة الشباب والرجولة، ويصبح بطيئًا كلما اقترب الإنسان من عمر الشيخوخة[2].

أولاً - مفهوم الشيخوخة

يعرّف مجمع اللغة العربية مفهوم كبار السن أو الشيخوخة كالتالي: شاخ الإنسان شيخًا، وشيخوخة والشيخ، من أدرك الشيخوخة وهي غالبًا ما تكون عند الخمسين، وهي مرحلة فوق الكهولة ودون الهرم، والشيخ يتميّز بمكانة من علم أو فضل أو رياسة. وكلمة المسنّ في اللغة العربية تعني الرجل الكبير، ولذلك يقال أسن الرجل إذا كبر، أما اصطلاحًا: هو كل فرد أصبح عاجزًا عن رعاية نفسه بسبب تقدّمه في العمر وليس بسبب إعاقة ما[3].

تعرف الشيخوخة بأنها مرحلة عمرية تتسم باضمحلال التوافق النفسي والاجتماعي للشخص، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسدية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة، لدرجة لا يمكنه معها مجاراة مطالب البيئة أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة[4].

وفي التقرير الصادر عن الأمم المتحدة، وردّ تعريف للشيخوخة بأنها «عملية مستمرة من التغيرات التي تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان، أكثر منها تعبيرًا عن فترة ثابتة محددة من حياته»[5].

وبدوره عرّف كورسيني[6] الشيخوخة بأنها العملية التي تتميز بتقدم الإنسان في العمر مع التشديد على التغيرات التي تطرأ على العمليات النفسية والعقلية والوظيفية. وهي عملية معقدة تتأثر بعدة عوامل بيولوجية، نفسية، إجتماعية، وبيئية. كما عرفها البعض بأنها بداية الانسحاب من عملية الإنتاج، أو بشكل أدق، الانسحاب من عداد القوى العاملة[7].

تبدأ مرحلة الشيخوخة مع نهاية مرحلة الرشد وبداية مرحلة العجز، وعادةً ما تعتبر هذه المرحلة بمثابة العمر الثالث ويُطلق عليها اسم مرحلة الهرم، وتُعد هذه المرحلة مرحلة الاستهلاك التدريجي لأجهزة الجسم. وتتأثر بداية هذه المرحلة بعدة عوامل منها نوعية التغذية، ومهنة الفرد، والظروف البيئية المحيطة، ومدى انتشار الأمراض. ويقول بعض الباحثين المختصين إن الشيخوخة عبارة عن مرحلة من العمر يحدث فيها ضعف عام في صحة الفرد، وضعف في قواه العضلية، كما تقلّ طاقته الجسمية والجنسية بشكل عام، كما تضعف حواسه وذاكرته[8].

وقد وضع العلماء مقاييس مختلفة لتحديد مرحلة الشيخوخة: العمر الزمني، العمر البيولوجي، العمر السيكولوجي، والعمر الاجتماعي.

ثانياً - مقاييس تحديد الشيخوخة

1 - العمر الزمني Chronological Age:

توجد اختلافات في تحديد العمر الذي تبدأ عنده الشيخوخة. ويتراوح هذا العمر بين الـ55 والـ 65سنة، ولكن مع التقدم الحاصل في وسائل المعيشة والوقاية من الأمراض والتقدّم الطبي التقني، أصبح من غير المقبول الحديث عن عمر الـ 55سنة كسن بدء الشيخوخة. وأصبح الاتفاق عامًا (أو شبه عام) على اعتبار الـ 60بمثابة سن بدء الشيخوخة، فعمر الستين هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة والشيخوخة[9].

في الواقع يستخدم العمر الزمني كإطار مهم للمتوسطات العامة لمظاهر الحياة ولكنه لا يعدّ كافيًا كمعيار دقيق لتقسيم حياة الكبار إلى مراحل. فالشخص نفسه قد يختلف عمره الزمني عن عمره البيولوجي، والتغييرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الخاصة بكبر السن تختلف من شخص لآخر[10].

من ناحية أخرى يجد العديد من علماء النفس أنه لا بد من استخدام مفهوم العمر الوظيفي Functional Age في الدراسات التي تعنى بالمسنين. ويشير العمر الوظيفي إلى مستوى الأداء الوظيفي للشخص مقارنة مع الآخرين ممن هم من نفس الجنس والعمر الزمني على سبيل المثال (ما نوع وكم النشاطات التي يستطيع الشخص أن ينجزها بنجاح؟ ما هي فعالية الجهاز القلبي لديه؟ ما هي إمكانيات وحدود قدرات الشخص على إنجاز نشاطات الحياة اليومية؟).

2 - العمر البيولوجي Biological Age:

ويعرّف بالعمر الفيزيولوجي أيضًا، وهو بمثابة معيار وصفي يستطيع من خلاله العلماء تحديد التغيّرات العضوية التي تطرأ على جسم الإنسان مع بداية مرحلة الشيخوخة. وتشمل هذه التغيّرات (المؤشرات) معدل الأيض، التغيّرات العصبية، نشاط الغدد الصماء، قوة دفع الدم[11].

3 - العمر الاجتماعي Social Age:

ويشير هذا المصطلح إلى كل أشكال التفاعلات التي يقوم بها الشخص مع الآخرين (العائلة والأصدقاء والزملاء في العمل) من مثل سلوكات المشاركة، التعاون، المؤازرة، وأيضًا يشير إلى

توافق الشخص مع الآخرين[12].

4 - العمر السيكولوجي Psychological Age:

ويشير العمر السيكولوجي إلى نشاط الشخص المعرفي (القدرة على التعلم والتذكر) ونشاطه الإنفعالي (القدرة على التحكم بالمشاعر والإنفعالات). ومن المعلوم أنه عندما يتقدم الإنسان في العمر، تنخفض لديه القدرة على التذكر في حين تتطور لديه القدرة على مواجهة المشاعر السلبية[13].

وكما نرى، فإن الشيخوخة هي مرحلة عمرية تتصف بجملة من الخصائص البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية. وعليه، فإن العمر الزمني لا يكفي وحده لتفسير التغيرات التي تطرأ على الشخص في هذه المرحلة.

وقد أشار" كريمينز"[14] إلى أن مرحلة الشيخوخة تتألف من ثلاث مراحل فرعية بحسب متغير العمر، وهي على الشكل التالي: الشيخوخة اليافعة، وتضمّ الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 65 عامًا و 74عامًا؛ والشيخوخة المتوسطة، وتضمّ الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 75عامًا و 84عامًا؛ والشيخوخة المعمّرة، وتضمّ من هم فوق 85 عامًا.

ثالثا - واقع الشيخوخة في لبنان والعالم العربي

تُعدُّ شعوب بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا شعوبًا فتية وشابة مقارنة بشعوب بلدان العالم المتقدمة. وقد بلغت النسبة المئوية لمن هم فوق الـ 65عامًا حوالي 7.4% (في دراسة على شريحة سكانية بلغت 336 مليون نسمة) في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تبعًا لتقرير البنك الدولي الصادر في العام2012 . من جهة أخرى، فإن متوسط العمر المتوقّع ازداد بطريقة ثابتة في الشرق الأوسط، من الـ 60عامًا في العام 58) 1980 سنة للذكور و 62سنة للإناث) إلى فوق الـ 70عامًا في معظم الدول الشرق أوسطية. وأشارت منظمة الصحة العالمية في تقريرها أنه ما بين العام 2000والعام 2050 بلغ معدل نموّ الأشخاص ممن هم فوق الـ 65عامًا ما بين5% - 4% ، أما معدّل النموّ السنوي الوسطي لكبار السن 85) عامًا وما فوق) سيتخطّى الـ 5%في أحد عشر بلدًا عربيًا[15].

في المقابل، من الصعب الحصول على معلومات دقيقة عن معدلات السكان في لبنان وطريقة توزيع الفئات العمرية لأسباب عديدة، على أن آخر إحصاء للسكان أجرته الحكومة اللبنانية جرى في العام1932 . وبالتالي في حال وجدت إحصاءات لمعدلات السكان فإنها غالبًا ما تصدر عن منظمات غير حكومية مثل صندوق النقد الدولي، الصليب الأحمر، ومنظمة الأمم المتحدة. ويُعدّ لبنان البلد العربي الأكثر احتواء لمعدّلات الفئات العمرية المتقدمة كثيرًا في السنّ من بين باقي بلدان الشرق الأوسط. ويرجح أن حوالي الـ 10%من سكانه هم ممن تخطّوا الـ 65سنة، وحوالي5.2% هم ممّن فوق الـ 85سنة، وسيتضاعف مع حلول العام2050 . ويتوقع كذلك أن يزداد عدد المسنين في بلدان عربية أخرى مثل الكويت وقطر والإمارات العربية المتحدة[16].

وبدورنا نشير إلى أن الشيخوخة تُعدُّ من المراحل القاسية التي يتخللها إصابة المسنّ بالأمراض، ومن الممكن أن يحدث خلالها بعض من عدم الاتزان، والانفعالات، والشعور بالكآبة؛ نتيجة الخوف من الموت، ولذلك يجب على المسنّ أن يستعد لها أتم الاستعداد. ومن الأمور التي يمكن أن تخفف من وطأة التقدم بالعمر على المسن، أن يكون واعيًا لما قد يحدث معه من مشاكل صحية، كما يجب أن يغيّر نوعية الأنشطة التي يقوم بها بما يتناسب مع إمكانياته الجسمانية، وأن يغيّر ميوله واهتماماته إذا كان متقاعدًا عن العمل، وأن يكون مستعدًا لتقبّل المساعدة من الآخرين سواء أكانوا أقاربه، أو أبناءه، أو أصدقاءه، وعليه أن يكون مستعدًا لانشغال أبنائه عنه. كما نلاحظ وجود تباين كبير في استخدام الباحثين لمفهوم الشيخوخة، فإن البعض قد استخدم مفهوم الشيخوخة الزمنية، والبعض الآخر الشيخوخة البيولوجية، وآخرون الشيخوخة الاجتماعية. فالشيخوخة هي المرحلة العمرية التي تبدأ فيها وظائف الجسد بالتدهور عما كانت عليه سابقًا، وتطرأ عليها تغيّرات في العمليات النفسية والعقلية والوظيفية.

رابعاً - النظريات المفسرة للشيخوخة:

يواجه الإنسان العديد من التحديات الجسدية، الاجتماعية، الاقتصادية، والنفسية مع تقدمه في العمر. ويخسر المسنّ استقلاليته في تأمين احتياجاته نتيجة تدهور صحته الجسدية وتراجع الوظيفة المعرفية لديه، مما يضطره إلى الاعتماد على الآخرين لتأمين مستلزمات الحياة بكافة أوجهها. ومن التحديات التي يواجهها المسنّ مع تقدمه في العمر، خسارة الأصدقاء، فقدان الأحبة، التصارع مع معاني الحياة، العجز المتنامي في كافة نواحي حياته، التكيف مع خبرة التقاعد وحتمية الموت الذي يغدو وشيكا بالنسبة إليه.

من جهة أخرى، تساعد النظريات المنبثقة من الأبحاث التي يجريها العلماء على اختلاف اختصاصاتهم، على مساعدة الاختصاصيين والمسؤولين عن رعاية المسنين في فهم تلك التبدلات والتحولات في حياة المسن. وأشار «هايت» وزملاؤه[17] إلى أن النظريات الجيدة المفسرة للشيخوخة، تفضي إلى المعرفة بظاهرة التقدم في العمر والإحاطة بها، وتقود إلى التوقع، ومن ثم تؤمن الفهم الواضح لسيرورة حياة المسن. وبدورهم وضع علماء النفس، الاجتماع، البيولوجيا، وحديثًا أيضًا العديد من العاملين في مهنة التمريض، نظريات مختلفة حول الشيخوخة والتقدّم في السن.

ويهدف هذا الفصل إلى الاطلاع على مختلف تلك النظريات المفسّرة لسيرورة التقدّم في العمر.

النظريات السيكو - سوسيولوجية المفسّرة للشيخوخة:

انبثقت النظريات الأولى المفسّرة للشيخوخة من العلوم النفسية والاجتماعية. وقد ركّزت هذه النظريات على دراسة التغيّرات التي تطرأ على السلوك، الشخصية، واتجاهات الأشخاص كلما تقدموا في العمر. وقد عدَّ أصحاب هذه النظريات التقدّم في العمر بمثابة عمليات تحوّل تطال سيرورة الحياة. وفي حين ربطت النظريات النفسية هذه التحولات والتبدلات بالشخصية أو تطور الأناego)) ، وبالتغيّرات المرافقة لمختلف مراحل الحياة، وعمدت إلى تفسير تأثير العمليات العقلية، المشاعر، الاتجاهات، الدوافع، والشخصية على تكيف المسنّ مع الاحتياجات الفيزيقية والاجتماعية، سعى علماء الاجتماع من خلال نظرياتهم إلى دراسة تأثير التبدلات والتحولات التي تطال الأدوار والعلاقات في ثقافة مجتمع ما، وأثر كل ذلك على قدرة المسنّ على التكيّف. وأكّدوا بدورهم على أن المعايير الاجتماعية تؤثر على إدراك المسنّ لدوره في المجتمع ومن ثم على ممارسته لهذا الدور فيما بعد.

نبدأ بعرض النظريات الاجتماعية المفسّرة للشيخوخة، وسنتحدث عن نظرية النشاط في المقام الأول.

النظريات الاجتماعية المفسّرة للشيخوخة

نظرية النشاطActivity Theory

وضع كل من" هافيغرست وآلبرخت"[18] أول نظرية مفسّرة لمرحلة الشيخوخة عمومًا من خلال دراستهم لمجموعة من الراشدين. ولقد خلصوا في استنتاجاتهم إلى القول بأن أفراد المجتمع عادة ما يتوقعون من المتقاعدين المحافظة على حيويتهم ونشاطهم قدر المستطاع في مجتمعهم. وفي العام 1963 صاغا نظرية النشاط التي نصّت على أن بقاء المسنّ في حالة نشاط وانشغال دائم بأنشطة مختلفة، هو المفتاح الأساسي للمحافظة على حياة صحية باعثة على الرضى.

وفي حين أنهما لم يشيرا بوضوح إلى نوعية هذه النشاطات وطبيعتها، إلا أنه بات واضحًا من كلامهما ارتباط النشاط بالصحة النفسية للمسنين. ولقد أكّدا بوضوح على أن بقاء المسنّ في حالة نشاط يساعد على إطالة فترة العمر المتوسط (الرشد) وبالتالي تأخير ظهور آثار التقدّم في العمر[19].

ولقد عارض علماء آخرون وجهة نظر هذين العالمين، مؤكّدين على أن نظرية النشاط أغفلت حقيقة الخيارات المحدودة المتاحة للمسنين بفعل الصعوبات الجسدية والمالية وعدم توفر التقديمات الاجتماعية المساهمة[20]. وفي المقابل اقترح مادوكس[21] وجهة نظر أكثر تفاؤلًا مفادها أن الوقت الحر الذي يوفره التقاعد للمسنّ يقدم إليه فرص جديدة على صعيد المشاركة بأنشطة اجتماعية تتناسب أكثر مع إمكاناته المحدودة نوعًا ما. أما الانتقاد الثاني الذي وجّه إلى نظرية النشاط تتحدث عن عدم وجود تأكيد على أن بقاء المسنّ في حالة نشاط من شأنه أن يؤخر ظهور أعراض التقدم في السن.

وقد ذهب كل من" بيرن و شروتس "في نقدهما إلى أبعد من ذلك قائلين بأن الأدوار المتوقعة من قبل المسنين تتأثر بدرجة كبيرة بتوقعات المجتمع الذي يعيشون فيه مما يحدّ من خيارات المسنين فيما يتعلق بالنشاطات التي قد يختارونها[22].

إلا أنه وعلى الرغم من هذه الانتقادات فقد حظيت نظرية النشاط بدعم وقبول العديد من الباحثين، وعلى سبيل المثال أكد" ليمون "وزملاؤه[23] على وجود ارتباط مباشر ما بين النشاط والشعور بالرضى عن الحياة لدى المسنين. ولقد أكّدا على أن المسنين غالبًا ما يعطون أهمية كبيرة لنوعية النشاط أكثر من كميته.

ومن جهة أخرى، أشار باحثون آخرون إلى أهمية نوعية النشاط الذي قد يمارسه المسنون، فعلى سبيل المثال إن النشاطات الاجتماعية من قبيل لقاء الأصدقاء على مأدبة غداء أو عشاء وممارسة بعض الهوايات ضمن مجموعات عمل مشتركة كان لها تأثيرًا أكبر على شعور المسنين بالرضى عن حياتهم مقارنة بالأعمال والوظائف الرسمية المعروفة[24]. وأكّد كل من" هارلو و

كانتور"[25] على أهمية العامل الاجتماعي من خلال دراسة لهما حول أهمية المشاركة في المهام والأعمال كركيزة أساسية لشعور المسنين بالرضى عن حياتهم، خصوصًا المتقاعدين منهم.

وبدوره أعاد" شروتس"[26] التأكيد على أن الشيخوخة السليمة تعني بقاء المسنّ في حالة من النشاط الدائم بغض النظر عن محدودية إمكانياته. مثل هذه الدراسات أكدت على أهمية نوع النشاطات التي يندمج فيها المسنون أكثر من مجرد عدد مرات الاندماج فيها (أي التكرار في القيام بالعمل).

ونشير بدورنا إلى أننا عندما نتحدث عن كبار السن، فنحن نتحدث عن فئة لها قيمتها الاجتماعية، وتتميز بخصائص إيجابية عديدة. فعلى سبيل المثال، يمكن لكبار السن أن يكونوا قدوة لجيل الشباب لما يمتلكونه من الحكمة والخبرة. أيضًا معرفة قصص حياة كبار السن مفيدة للغاية، فهي تساعد على معرفة الفروق بين نمط الحياة الحالي ونمطها القديم. وغالبًا ما يحاول الأجداد تثقيف أحفادهم بالقيم الأخلاقية ويبذلون الكثير من الجهد في غرس الضمير الأخلاقي بداخلهم. كما أن كبار السن تعرضوا على مدى فترات حياتهم إلى تجربة فقدان أحبّة لهم، وبالتالي بإمكان أقاربهم طلب النصح إليهم حول كيفية التعامل في هذه المواقف. بالمقابل، يعد كبار السن الأفضل في تقبّل خيبات الأمل في الحياة. فهم يعرفون جيدًا أن الحياة يجب أن تستمر رغم كل المشاكل وهذا السبب وراء بقائهم سعداء في سن الشيخوخة. وأخيرًا، بإمكان كبار السن أن يساعدوا أبناءهم في التخطيط وترتيب الأولويات في حياتهم مثل التخطيط للإقدام على الزواج وتكوين أسرة، فمثل هذه الأمور تحتاج إلى معرفة وترتيب جيدين وهو أمر يجيده كبار السن نتيجة التجارب الحياتية العديدة التي مرّوا بها.

نظرية فك الارتباط Disengagement Theory

وأشار عالما الاجتماع" كمينغ و هنري"[27] في نظريتهما حول الشيخوخة إلى أنها (أي الشيخوخة) عبارة عن فك ارتباط الشخص عن مجتمعه بصورة تدريجية. مؤكدين على أن فك الارتباط هذا معترف به ومحبذ من قبل المسنين أنفسهم والمجتمع الذي يعيشون فيه أيضًا على حد سواء. ولقد ذهبا في تفسيرهما لهذا الأمر إلى القول بأن ابتعاد المسنين عن كافة أنشطتهم العملية السابقة من شأنه أن يوفر لهم مزيدًا من الوقت المخصّص لأنفسهم ولعائلاتهم. في حين أن تسليم تلك المسؤوليات والمهام إلى العناصر الشابة واليافعين، من شأنه أن يؤمن التوازن

في دورة الحياة وبالتالي لا يحدث نقص بسبب انسحاب المسنين من وظائفهم بفعل عملية التقاعد. والنتيجة حتمًا ستكون توازنًا جديدًا محبّذًا من قبل الأشخاص والمجتمع على حد سواء. وأشار المعترضون على هذه النظرية إلى عدم وجود تطابق ما بين التأكيد على الانسحاب الاجتماعي (فك الارتباط) من جهة، وما بين ما هو متعارف عليه لجهة كونه مفتاح الشعور بالرضى عن الحياة، ألا وهو الاندماج والمشاركة في أنشطة وعلاقات ذات مغزى وفائدة.[28]

وأشار عدد من الباحثين إلى أن قرار المسنين بالانسحاب من المجتمع، يختلف تبعًا للأشخاص، كما أن هذه النظرية لم تأخذ بعين الاعتبار الفروقات الثقافية والفرص الطبيعية المتاحة للناس فيها[29]. فعلى سبيل المثال، أوضح" رابكين و فيشير"[30] أن التبدلات والتحولات المرتبطة بعامل الزمن والأضرار الديموغرافية ترتبط برغبة أكبر لدى المسنين بفك أواصر الارتباط مع مجتمعهم، الاستقرار، والحصول على الدعم. كما أن المسنين المتزوجين الذين يتمتعون بصحة جيدة يرغبون، على العكس، بنمط حياة مفعم بالنشاط والحيوية.

وتعليقًا على هذه النظرية، نجد أنها لا تأخذ بعين الاعتبار وجود أعداد كبيرة من المسنين الذين لا ينسحبون من المجتمع، بل على العكس، يبقى وجودهم فاعلًا ولو بأشكال من العلاقات والتفاعلات المختلفة. كما نشير إلى خصوصية ثقافة مجتمعاتنا العربية التي تحيط المسنّ بكل مشاعر التقدير والاحترام، وتلقي على الجميع مسؤولية واجب الرعاية وتؤمّن مستلزمات الحياة الأسرية الكريمة لهم في إطار كنف العائلة والتواصل الحميم الذي يربط أفرادها بعضهم ببعض.

نظرية التراث الفرعي Subculture Theory

صاغ" روز"[31] نظريته حول التراث الفرعي. وتشير تلك النظرية إلى أن المسنين عادة ما يشكلون تراثًا فرعيًا مميزًا ضمن المجتمع الذي يعيشون فيه من أجل التصدي لاتجاهات المجتمع السلبية إزاء خبرة التقدم في العمر وخسارة مكانة الشخص تبعًا لذلك. وأكد بدوره على رغبة المسنين في التفاعل فيما بينهم حيث إن مكانتهم الاجتماعية تتحدد من خلال وضعهم الصحي والحركي أكثر من عامل الوظيفة، مستوى التعليم، والمدخول المادي. وبالتالي فإن المسنين يعانون من أضرار اجتماعية ناجمة عن فقدانهم لمكانتهم المتعلقة بعملهم السابق. ولم تظهر أي أبحاث داعمة أو رافضة لهذه النظرية.

بدورنا، نشير إلى أنه وبسبب الأعداد المتزايدة للمسنين في بلدان العالم فإن مزيدًا من الاهتمام يجب أن يبذل لحاجات أفراد هذه الشريحة العمرية وتحدّي وجهات النظر السلبية التي تعتبر التقدّم بالعمر بمثابة خبرة سلبية، غير مرغوب فيها وباعثة على التقليل من إحترام المسنين.

نظرية الطبقات العمرية Age Stratification Theory

بدأ علماء الاجتماع منذ السبعينيات بدراسة عمليات التكافل الاجتماعي ما بين المسنين والمجتمع[32] ووجدوا أن كل مجتمع مقسم طبقيًا إلى وحدات عمرية مختلفة تشكل المصدر الأساسي أو الركيزة لحصول الأشخاص على المصادر، الأدوار، المكانة، والتمايز عن الآخرين في المجتمع.

أيضًا أشار أولئك العلماء إلى أن الفئات العمرية تتأثر بالإطار التاريخي الذي عاشت فيه، وقد تختلف من جيل لآخر. فالناس الذين يولدون في الفترة الزمنية نفسها، توجد لديهم نفس التجارب، الإيديولوجيات، الاتجاهات، المواقف، والقيم والتوقعات التي تتعلق بتوقيت التبدّلات التي تطرأ على حياة الناس مثل خبرة التقاعد ومتوسط العمر المتوقع[33]. في الواقع، لقد أكّدت هذه النظرية على أهمية هذه الفئات إضافة إلى التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية على كيفية تقدم الأشخاص بالعمر[34]. وقد أيّد العديد من الباحثين هذه النظرية، فعلى سبيل المثال، استخدم "الينبرغ"[35] هذه النظرية لتفسير الحاجات الاجتماعية لكل فئة اجتماعية. وفسّر كل من" ين ولاي"[36] الفروقات القائمة بين أوضاع المسنين، تبعًا للاختلافات القائمة بين هذه الفئات.

نظرية الموائمة ما بين الشخص والبيئة Person - Environment Fit

ظهر في أوائل الثمانينيات تحوّل جديد في نظريات الشيخوخة حيث دمجت أفكار النظريات السابقة كلها في بوتقة واحدة. وبالتالي أشارت نظرية" لاوتون"[37] التي ارتكزت على فكرة الموائمة ما بين الشخص والمحيط الذي يعيش فيه، إلى أن قدرة الشخص المسنّ على العمل في البيئة التي يعيش فيها تعبير عن شيخوخة سليمة.

وأضاف" لاوتون "أن عمل الشخص يتأثر بقوّة الأنا لديه، المهارات الحركية، الصحة الجسدية، القدرة المعرفية، القدرات الإدراكية الحسية، إضافة إلى الظروف الخارجية الموجودة في

البيئة المحيطة بالشخص. فالقدرة الوظيفية لدى المسنّ تؤثر في قدرته على التكيف مع بيئته. إن نظرية" لاوتون "تدفع باتجاه التفكير في عملية المواءمة ما بين البيئة وقدرة المسنّ على العمل، وهي بذلك تساعد العاملين في دور الرعاية على تفهم احتياجات المسنين وتعديل البيئة المحيطة بهم لكي تتناسب مع أوضاعهم[38]. وأيّد العديد من الباحثين هذه النظرية، فعلى سبيل المثال استخدم كل من" أوكنور و فاليراد"[39] هذه النظرية لدراسة العلاقة ما بين تكيّف المسنين الموجودين في مؤسسات الرعاية وما بين نمط البيئة المحفزة التي قد يتواجدون فيها. وتبيّن لهما أن المسنين الذين يتمتعون بنمط شخصية قوية وذات توجيه ذاتي ودافعية عالية، تكيّفوا بطريقة أفضل لدى إيداعهم في مؤسسات تسود فيها حرية التقرير والتصرف والاختيار.

في حين أن المسنين الذين يفتقرون إلى التوجيه الذاتي والدافعية قد أظهروا قدرة على التكيف بطريقة أفضل في البيئات التي تتسم بالحزم والقيود.

لاحظ" هافيغرست "وزملاؤه في أواخر الستينيات أن نظرية النشاط، الثقافة الفرعية، ونظرية فك الارتباط لم تفسر بشكل كامل معنى الشيخوخة السليمة[40].

نظرية الاستمرارية Continuity Theory

ومن خلال استعانتهم بنظريات علم النفس، وضعوا نظرية جديدة عرفت باسم نظرية الاستمرارية، وقد أكدت هذه النظرية على أن نمط الشخصية لدى المسنين هو الذي يؤثر على الأدوار التي يختارها وعلى الكيفية التي يمارسها فيها. الأمر الذي يؤثر بدوره على الشعور بالرضى عن الحياة طوال العمر. أيضًا وتبعًا لتلك النظرية فإن شخصية الإنسان تصل إلى قمة النضج في سن الشيخوخة وتبقى على هذا الوضع الثابت في كل السنوات التالية. بالمقابل، ميّز "هافيغرست "وزملاؤه أربعة أنماط للشخصية من خلال ملاحظتهم لسلوك المسنين: الشخصية المتكاملة، الشخصية المحصّنة، الشخصية الاعتمادية - السلبية، الشخصية غير المتكاملة. وتبيّن لهم أن أصحاب الشخصية المتكاملة أظهروا تكيّفًا واضحًا مع خبرة التقدّم في العمر. أما أصحاب نمط الشخصية المحصّنة فكانوا أكثر ميلًا لمتابعة أدوار الحياة التي مارسوها في المرحلة الوسطى، في حين أظهر أصحاب نمط الشخصية الاعتمادية - السلبية، إما ميلًا كبيرًا للاعتماد على الآخرين أو عدم اهتمام كبير بالعالم الخارجي. أما الأقل تكيّفًا مع عملية التقدّم في العمر فكانوا أصحاب نمط الشخصية غير المتكاملة[41].

ولاحقًا أشار" هافيغرست"[42] أن وظيفة المسنين الأساسية تكمن في محاولتهم المستمرة للتكيّف مع التدهور الفيزيقي، المالي، الاجتماعي، ومحاولة تطوير تصور شخصي ذي مغزى لنهاية حياتهم.

ورأى أن التحقيق الناجح لهذه المهام يتم من خلال قدرة المسنّ على التماهي مع متطلبات فئته العمرية، العمل على إيجاد بيئة تتناسب مع إمكاناته ونشاطاته الجسدية، وقدرته على اكتساب معايير اجتماعية جديدة في مرحلة ما بعد التقاعد.

ولقد رأى هؤلاء العلماء أن تحديد نمط شخصية المسنّ يساعد على فهم النشاطات التي بإمكانه المشاركة فيها. والجدير ذكره أن هذه النظرية تعدُّ أول نظرية في علم الاجتماع توضح أن استجابات الأشخاص المسنين لخبرة التقاعد تختلف تبعا لأنماط شخصياتهم.

وقد أيّدت العديد من الدراسات نظرية الاستمرارية، وعلى سبيل المثال قام" ترول و سكاف"[43] بسؤال المسنين إن كانوا يعتقدون بأن شخصيتهم تبدّلت مع مرور الوقت أم أنها بقيت ثابتة على مرّ الزمن. وكانت النتيجة أن كل أجاباتهم أشارت إلى اعتقادهم بأنهم لم يتغيّروا على الإطلاق، مع الإشارة إلى أن مثل هؤلاء الأشخاص كانوا يتمتعون بمشاعر ومواقف إيجابية مقارنة بالبعض ممن أجابوا بأنهم شعروا بأن شخصيتهم تبدّلت (وهم قلة).

وفي دراسة أخرى قام بها آخرون حول تأثير العوامل الديموغرافية، الوضع الصحي، الاتجاهات، والتكيف مع عملية التقدم في العمر على إدراك المسنين لنوعية الحياة لديهم، تبيّن أن الاتجاهات الإيجابية حول التكيف مع عملية التقدم في العمر، كانت مرتبطة بإدراكات المسنين الجيّدة لنوعية حياتهم[44].

بالمقابل، استخدم" أغاهي "وآخرون نظرية الاستمرارية لفحص أنماط التغيير التي طرأت على مشاركة المسنين في النشاطات الترفيهية مع مرور الوقت. وبالعودة إلى نظرية الاستمرارية، نظرية النشاط، ونظرية فك الإرتباط، تبيّن أن المشاركة النشطة للمسنين كانت تتراجع مع مرور الوقت، في حين أن المشاركة الهادئة والهادفة ذات (المدى الطويل)، كانت تنذر بمشاركة المسنّ في تلك النشاطات في مراحل حياته لاحقًا أيضًا[45]. أما نقّاد نظرية الاستمرارية فأكدوا على أن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه الشخص ويشيخ فيه قد يكون أهم من الشخصية في تقرير طبيعة وكيفية لعب الأدوار[46].

نظرية الارتقاء عبر التقدم بالعمر Gerotranscendence

تعد نظرية العالم" تورنستام"[47] إحدى أكثر النظريات الاجتماعية حداثة حول الشيخوخة. فقد رأى هذا العالم أن الأشخاص المسنين يمرون في عملية تحول معرفية تطال طريقة مقاربتهم للحياة، ينتقلون عبرها من المنظور المادي البحت إلى رؤية أوسع توحّد ذواتهم مع الكون. ويعتمد نجاح هذا التحوّل على عدة عناصر أهمها تقبل المسنّ لفكرة الموت من دون أي خوف والاقتناع بضرورة التواصل مع الأجيال المستقبلية وإنشاء رابط روحي مع الكون.

وعلى الرغم من أن هذه النظرية قد استعانت بأفكار عديدة تبنّتها نظرية فك الارتباط حول الشيخوخة، إلا أنها لم تقبل بفكرة أهمية وحتمية انسحاب المسنّ من المجتمع بل على العكس من ذلك، أصرّ واضع النظرية على أن المشاركة في النشاطات الاجتماعية خيار شخصي يعود للمسنّ نفسه.

كما أن نجاح المسنّ في التكيّف يرتكز على قدرته على التحكم والسيطرة على مقدرات حياته. وقام العديد من العلماء بالتحقق من صحة هذه النظرية، فعلى سبيل المثال استخدم "شروتس"[48] هذه النظرية لدراسة كيفية إدارة المسنين لحياتهم وتقبلهم التبدلات والتحولات التي تطرأ عليها بفعل التقدم في السن.

واستعانت" وادنستان"[49] بهذه النظرية من أجل وضع وتطوير طرق الإرشاد والتوجيه الضرورية للتعامل مع المسنين في مؤسسات الرعاية.

النظريات النفسية المفسرة للشيخوخةPsychological Theories

ـ نظرية الحاجات الإنسانيةHuman Needs Theory

طوّر" ماسلو "نظريته حول الحاجات الإنسانية في العام1954 ، أي في الفترة نفسها التي ظهرت فيها نظرية النشاط حول الشيخوخة. وأشار" ماسلو "في نظريته إلى وجود حاجات إنسانية أساسية لدى كل إنسان تنتظم في هرم بحسب الأولوية بدءًا من الحاجات البيولوجية في أسفل الهرم وصولًا إلى حاجة تحقيق الذات في أعلى الهرم. وأكد" ماسلو "على أن الفشل في النموّ ينتج عنه الشعور بالفشل، الاكتئاب، والشعور بأن الحياة لا قيمة لها[50]. في الواقع، لقد استعان العديد من الباحثين بنظرية" ماسلو"، فأوضح كل من" إيبرسول "وزملاؤه[51] أن وظائف التقدم في العمر التي أشار إليها الباحثون في مجال الشيخوخة ترتبط بالحاجات التي تحدث عنها" ماسلو "في نظريته.

كما استخدم كل من" جونز و ميسين"[52] نظرية" ماسلو "من أجل إعداد نموذج للعناية التمريضية للمسنين المقيمين في المؤسسات الرعائية.

نظرية الفردانيةTheory of Individualism

أشار" يونغ "في نظريته" الفردانية "إلى أن شخصية الإنسان تتطور مدى الحياة وهي تتألف من الأنا أو الهوية الذاتية، والتي بدورها تتمتع بلاوعي فردي وآخر جماعي. ويتألف اللاوعي الفردي من المشاعر والإدراكات الخاصة بالشخص حيال أحداث الحياة التي تحيط به[53].

في حين يتشارك باللاوعي الجماعي كل الأشخاص وهو يتألف من ذكريات كامنة عن الأصول البشرية، وهو يعد بمثابة ركيزة الشخصية الذي يتطور على أساسه اللاوعي الفردي والأنا الفردي لدى الشخص. وأوضح" يونغ "أن الناس ينظرون إلى الحياة إما من خلال عدساتهم (انطوائيون) أو من خلال عدسات الآخرين (انبساطيون)، وأضاف أنه كلما تقدم الإنسان في العمر يبدأ بالتفكير بمعتقداته وإنجازاته الخاصة. وتبعًا ليونغ فإن الشخص يهرم بنجاح إذا ما تقبّل ماضيه وتكيّف بشكل جيد مع التدهور الحاصل في جسده، وتكيّف مع خسارته للأشخاص الذين يحبهم. وأيّد "نيوغارتن"[54] نظرية" يونغ "من خلال تأكيده على أن الاستبطانintrospection ، يفضي إلى نضج الإنسان ونموّه من الداخل بشكل جيد.

نظرية التطور النفس اجتماعي

Theory of Psychosocial Development

ركّزت نظرية" إريكسون "حول مراحل التطور النفس ـ اجتماعي الذي تمر فيه الشخصية، على مفهوم تطور الشخصية. ورأى أن الشخصية تتطور في ثماني مراحل تتميز كل واحدة منها بوظيفة حياتية، قد يفشل الإنسان في تحقيقها أو قد ينجح في ذلك. وأضاف" إريكسون "أن الإنسان عادة ما يبحث في المرحلة الأخيرة التي سماها مرحلة" تكامل الأنا مقابل شعورها باليأسego " integrity versus despairعن معاني حياته السابقة ومن ثم يقيّم الإنجازات التي حققها.

ـ فإذا ما شعر الإنسان بالرضى عمّا حققه في حياته سيشعر بالتفاؤل والصحة النفسية الجيدة، أما في حال لم يشعر بالرضى عما حققه في حياته السابقة، فإنه سيشعر باليأس حتمًا. من جهة أخرى، صرّح" إريكسون "وزملاؤه بعد سنوات لاحقة بأن المسنين يواجهون عادة تحديات إضافية لكل ما سبق أن مروا به، مثل التدهور الجسدي والعقلي، تقبل رعاية الآخرين لهم، والانسحاب التدريجي أو فك الارتباط بالحياة[55].

في المقابل، طُبقت نظرية" إريكسون "بشكل واسع في العلوم الاجتماعية، كذلك الأمر في مجال العلوم التمريضية حيث استخدمت نظريته كإطار مرجعي لدراسة التحديات التي يواجهها أفراد مختلف الفئات العمرية. وعلى سبيل المثال، استخدمت الباحثة" نيومان "نموذج" إريكسون" النظري في دراسة لها عن المسنين، لسؤالهم عن إدراكاتهم لمعاني الحياة التي عاشوها. فوجدت أن المسنين الذين أجابوا بطريقة إيجابية لجهة اعتقادهم بأن حياتهم السابقة غنية بالمعاني والإنجازات، ظهرت لديهم مشاعر الحب، الاحترام، وقيمة الذات المرتفعة، في حين غابت مثل هذه المشاعر الإيجابية عن أجوبة المسنين الذين أشاروا في أجوبتهم إلى شعورهم بأنهم لم يحققوا شيئًا مهمًا في حياتهم. وتتطابق نتائج دراستها مع معاني المرحلة الأخيرة التي أشار إليها" إريكسون "في نظريته حول مراحل تطور الشخصية[56].

نظرية دورة الحياة Life Course Theory

انتقل علماء النفس السلوكيون في الثمانينيات من مفهوم تطور الشخصية كأساس لفهم سيرورة الشيخوخة، إلى مفهوم دورة الحياة، وفيه تقسم الحياة إلى مراحل ذات أنماط وخصائص يمكن التنبؤ بها[57]. وحتى تلك الفترة كان اهتمام معظم الباحثين منصبًا على دراسة مرحلة الطفولة، فعلى سبيل المثال خصص" إريكسون "في نظريته حول مراحل الحياة مرحلة واحدة فقط من أصل ثمانية مراحل للراشدين ممن هم فوق الـ 65عامًا[58]. إلا أن الاهتمام بمرحلة الرشد عمومًا بدأ بفعل عدد من العوامل ألا وهي: التغيرات الديموغرافية التي ظهرت على أرض الواقع، ظهور علم الشيخوخة كاختصاص مستقل، ووفرة البيانات التي قدمتها الدراسات الطولية التي بدأت بالظهور منذ العشرينيات[59].

في المقابل، تركز نظرية دورة الحياة على فهم معايير الفئات العمرية وخصائصها وتتلخص الفكرة الأساسية لهذه النظرية في أن الحياة تحدث في مراحل تتشكل تبعًا لأدوار كل شخص، علاقاته، قيمه الذاتية، ولأهدافه. ونجاح تكيّف الشخص مع الأدوار المتبدلة التي يمر فيها والخطوات التي ينجزها في حياته مثل الزواج، إنهاء الخدمة العسكرية، إنهاء التعليم الأساسي، الحصول على وظيفة، ومن ثم التقاعد، كلّ ذلك يتطلب منه (أي الشخص) أن يراجع أفكاره كي تتلاءم مع توقعات الآخرين في محيطه الاجتماعي[60].

النظريات البيولوجية المفسرة للشيخوخة

Biological Theories of Aging

سعت النظريات البيولوجية إلى تفسير العمليات الفيزيولوجية التي تتغير وتتبدل بفعل التقدم في العمر، بكلام آخر، كيفية معرفة ظهور التقدم في العمر على المستوى الجزيئي في الخلايا، الأنسجة، وأجهزة الجسم المختلفة؛ كيفية تأثير تفاعل الجسم والعقل على التقدم في العمر؛ ما العمليات البيوكيميائية التي تؤثر على التقدم في العمر؛ وكيف تؤثر كروموزومات الشخص على مجمل عملية التقدم في العمر؟ هل يهرم كل جهاز من أجهزة الجسم في الوتيرة نفسها؟ هل تهرم كل خلية في أجهزة الجسم بالسرعة نفسها؟ كيف يؤثر العمر الزمني chronological على الشخص الذي يعاني من مرض عضوي؟ كيف يؤثر المرض بحد ذاته، والعلاج الذي قد يتضمن الأدوية، الجراحة، والعلاج بالأشعة على الجسم؟

في الواقع، سعت العديد من النظريات إلى تفسير عملية التقدم في العمر من خلال مستويات بيولوجية بحتة، في حين أن الأصح هو القول بتأثير مجمل العوامل البيئية والوراثية على عملية التقدم في العمر.

وقسّم بعض العلماء الذين اهتموا بدراسة الشيخوخة، النظريات البيولوجية إلى فئتين:

1 - منظور عشوائيStochastic Perspective : تطرّق إلى دراسة الأحداث الهامة في حياة الإنسان التي تتسبب بأضرار عشوائية في الخلايا، وتتراكم مع مرور الوقت مسبّبة التقدم في العمر.

2 - منظور لاعشوائيNonStochastic Perspective : عدَّ التقدم في العمر بمثابة سلسلة من الأحداث المقررة سلفًا، تحدّث لكل الكائنات في إطار زمني محدد.

في المقابل، أشار علماء آخرون إلى أن التقدم في العمر هو نتاج لكل تلك المفاهيم العشوائية واللاعشوائية[61]. فمن المتعارف عليه حصول عمليات وأحداث منتظمة في حياة كل خلية، إلا أن الخلايا تتسبب بتراكم أضرار جينية كثيرة لمتعضيات الطاقة الموجودة فيها mitochondria بفعل الجذور الحرّةfree radicals ، كما أنها تفقد القدرة على الاستنساخ الذاتي عندما تتقدم في العمر.

وفيما يلي عرض لشروحات مختلف النظريات والدراسات التي أيّدت التفسيرات النظرية حول الشيخوخة.

النظريات العشوائية Stochastic Theories

أشارت الأبحاث حول الحيوانات بأن علامات التقدم في العمر تحدث بشكل أساسي بسبب الخلل الجيني، التطور، والبيئة[62]، إلا أنه لا توجد دراسات تؤكد حصول مثل تلك النتائج لدى البشر.

وفيما يلي عرض للنظريات العشوائية المفسّرة للشيخوخة:

1 - نظرية الجذور الحرّة Free Radical Theory

رأت هذه النظرية أن التقدم في العمر يحصل نتيجة عمليات الأيض المؤكسدةoxidative metaboloismوتأثير الجذور الحرّةfree radicals [63] التي يتم إنتاجها عندما يستخدم الأوكسجين في الجسم، كما في حالة النشاط مثلًا. في الواقع، يعتقد بعض العلماء بأن هذه الجذور الحرّة تتفاعل مع البروتينات، الدهون، وDNA[64] وRNA [65]، مما يتسبّب بضرر في الخلايا، ويتراكم هذا الضرر مع مرور الوقت مسببًا التقدّم في العمر.

من جهة أخرى، وجد العلماء أن استهلاك الطعام بمقادير قليلة يؤدّي إلى خفض معدّل أكسدة الخلايا، مما يقلل من معدلات الجذور الحرّة في الجسم، وبالتالي انخفاض معدلات الضرر الذي قد يلحق بالخلايا. وقد تبيّن أن خفض عدد السعرات التي تتناولها بعض الكائنات التي تجري عليها تجارب مخبرية أدى إلى إطالة ملحوظة في عمر تلك الكائنات[66].

- 2 نظرية الخطأ Error Theory

وضع العالم" أورجيل "هذه النظرية حول الشيخوخة، مشيرًا فيها إلى أن خلايا الجسم وبفعل التقدم في العمر تراكم فيها العديد من الأخطاء في تصنيع بروتين الـ DNA & RNAما يسبب موت هذه الخلايا. أما الأخطاء التي تحدث عنها فتصدر عن العوامل البيئية مثل التعرض لأشعةX التي تتسبب بإحداث تشوهات في الكروموزومات[67].

إلا أن علماء آخرين لم يؤيدوا مثل هذه النظرية، فعلى سبيل المثال نفى العالم" هايفليك "أن تكون الخلايا الهرمة تحتوي على بروتينات" خاطئة"[68].

3 - نظرية النسيج الضام Connective Tissue Theory

أشارت هذه النظرية إلى أنه ومع مرور الوقت تخلق عمليات بيوكيميائية في الجسم أشكالًا من الارتباطات بين أجزاء من الجسم غير مرتبطة مع بعضها البعض بصورة طبيعية. وعادة ما تحصل هذه الترابطات بسرعة ما بين الثلاثين والخمسين من عمر الإنسان. ونتيجة لذلك تخفّ مادة الإيلاستين[69] الموجودة في الجلد مما يتسبب بجفافه وظهور التجاعيد، كما أن انخفاض سوائل الخلايا يتسبب بتراكم إفرازات الصوديوم، الكلوريد، والكالسيوم في الجهاز القلبي الوعائي، إلا أنه لم تؤيد أي دراسة طبية مثل هذه النظرية.

النظريات اللاعشوائية المفسرة للشيخوخة Nonstochastic Theories

ارتكزت هذه النظريات على توجه فكري منظم في تفسيرها للشيخوخة وتحديدا على الوراثة والساعة البيولوجية الموجودة لدى لكل إنسان. وقد أشار" غولدسميث "أن الشيخوخة تحدث وفقا لعملية معقدة البناء، وليس وفقا لسلسلة أحداث عشوائية[70].

وفيما يلي عرض لأهم نظريات هذا التوجّه النظري لتفسير الشيخوخة.

- نظرية الشيخوخة المبرمجة Programmed Theory

تبدأ خلايا الجسد بالتلف (بالانتحار) كلما تقدم الإنسان بالعمر وذلك لأنها تعجز عن إعادة استنساخ ذاتها عبر عملية انشطار مستمرة إلى ما لا نهاية، أي إن الخلايا تنقسم تباعًا إلى أن تصل إلى درجة تتوقف فيها عن الإنقسام. وتبيّن للعلماء أن خلايا الإنسان تشيخ في كل مرة تنقسم فيها على نفسها بسبب نقص في أنزيمات تسمىTelomeres [71] وهي موجودة في أذرع الكروموزومات. من جهة أخرى، يعتقد العلماء بأن الخلايا السرطانية والفيروسية لا يتوقف انشطارها لأنها تحتوي على أنزيم يسمّىTelomerase [72] الذي يعيد الـ DNAإلى أذرع الكروموزومات (أجزائها النهائية). إحدى الأفكار الرئيسية في ظاهرة Hayflick تشير إلى أن أذرع الكروموزومات تصبح قصيرة عند كل عملية انشطار في الخلية، وبالتالي تصبح قصيرة جدًا

مما يعرقل أي عملية انشطار جديدة. وعندما يقصر طول أنزيم Telomere يلاحظ الجين هذا الأمر فورًا ويتسبّب بموت الخلية.

- نظرية ساعة الجسم البيولوجية الجينية

Gene - Biological Clock Theory

أشارت هذه النظرية إلى وجود رمز جيني منظّم داخل كل خلية في الجسم، وهذا الرمز الجيني مخزن في الـDNA. ورأى واضعو هذه النظرية أنها تشير إلى عمل الجينات في التنبؤ بالحالة الفيزيقية للجسم، حصول الأمراض، حصول الموت وأسبابه، إضافة إلى عوامل أخرى تساهم في العمر المديد[73]. وفي المقابل قام الباحثون بدراسات عديدة حول إيقاع الساعة البيولوجية الموجودة في أجسامنا وتأثيراتها على النوم، الميلاتونين، والتقدم في العمر[74].

- وتعرّف هذه الإيقاعات بكونها أنماط النوم - الاستيقاظ التي تحصل أثناء اليوم الواحد[75]. وتبعا للعلماء، فإن الإيقاعات البيولوجية تخسر انتظامها مع التقدم في العمر. أما بالنسبة للميلاتونين[76] فهو الهرمون الذي تفرزه الغدة النخامية، ويرتبط بدورات النوم - الاستيقاظ التي تتغير مع التقدم في العمر مما يتسبّب بحالات نوم متقطعة ناجمة عن انخفاض في مستويات هذا الهرمون[77].

- نظرية الغدد الصماء Neuroendocrine Theory

تركز هذه النظرية على عمل جهاز الغدد الصماء الذي يتألف من شبكة معقّدة من المواد البيوكيميائية التي تتحكم بإفراز الهرمونات والتي بدورها تفعل وتنشط عمل الغدة النخامية في الدماغ. ومن المعلوم أنه يتم إفراز عدّة هُرمونات من الجُزئين الأساسيّين للغُدّة النخاميّة، والتي بدورها تقوم بالعَديد من الوَظائف، وفيما يلي نستعرض أسماء هذه الهرمونات مع وظائفها:

- الهرمون المنشط لقشرة الكظريةAdrenocorticotropic Hormone : ويتمّ إفرازه من الغدّة النخاميّة الأماميّة ليستهدف ويُحفّز الغدّة الكظريّة Adrenal Gland لإفراز هرمون

الكورتيزول الذي يساعد جسم الإنسان على الاستجابة للإجهاد، وتنظيم مستوى السكّر في الدم، والتحكّم في ضغط الدّم، هذا بالإضافة لامتِلاكه خَصائص مُضادّة للالتهاب.

- الهرمون المنشّط للدرقيّةThyroid - stimulating Hormone : ويتمّ إفرازه من الغدة النخاميّة الأماميّة ويستهدف الغدّة الدرقيّة ليُحفّزها على إفراز هرموناتها مثل الثيروكسين.

- الهرمون المنشّط للجسم الأصفرLuteinising Hormone ، والهرمون المنشّط للحوصلةFollicle - stimulating Hormone : ويُفرزان من الغدّة النخاميّة الأماميّة، ويعملان على تَنظيم الوظائف التناسليّة والصفات الجنسيّة عند كلٍّ من الرّجل والمرأة، حيث يستهدفان المبيض عند المَرأة لتَحفيزه على إفراز هرمون الإستروجين وهرمون البروجسترون، والخصية عند الرجل لتحفيزها على إفراز هرمون التستوستيرون وإنتاج الحيوانات المنويّة.

- هرمون البرولاكتينProlactin : ويُفرَز من الغُدّة النخاميّة الأماميّة، ووَظيفته تحفيز الثدي على إفراز الحليب. يتواجد هذا الهرمون في كلّ الأوقات بشكلٍ طبيعيّ لدى الرجال والنساء، ولكن يَزيد إفرازه خلالَ فَترة الحمل والرّضاعة.

- هرمون النموّGrowth Hormone : ويُفرَز من الغدة النخاميّة الأماميّة، ويَستَهدف جَميع خلايا الجسم لتحفيز وتنشيط عمليات النموّ؛ حيث يُحفّز عَمليّة بناء البروتين، وزِيادة تَحطيم الدهون لتوفير الطاقة اللازمة لأنسجة الجِسم للنموّ، كما أنّه يُعاكس في عمله عمل الإنسولين وقد يؤثّر هِرمون النموّ بشكلٍ مباشر على الخَلايا أو قد يُحفّز الكبد والأنسجة الأخرى على إفراز مواد تُسمّى عوامل النموّ شبيهة الإنسولين التي لها القدرة على محاكاة عمل الإنسولين عند تواجدها بتركيز كبير، هذا على الرُّغم من أنّ وظيفتها الأساسيّة هي المُساهمة في النُموّ.

- الهرمون المحفّز للخلايا الصبغيّةMelanocyte - stimulating Hormone : ويُفرَز من الغدة النخاميّة الأماميّة، ولكن لم يَتمّ تَحديد وَظيفته الفسيولوجيّة في الإنسان إلى الآن.

- الهرمون المانع لإدرار البولAnti - diuretic Hormone : ويُفرَز من الغدّة النخاميّة الخلفيّة، حيث يضبط هذا الهرمون ويتحكّم بكميّة السوائل والمَعادن في الجسم عن طريق تأثيره على احتباس الماء في الكلى.

- هرمون أوكسايتوسينOxytocin : ويتمّ إفرازه من الغدّة النخاميّة الخلفيّة، ويُؤثّر على انقِباضات الرحم خلال الحمل والولادة، حيثُ يحفّزها لتبدأ عملية المخاض والولادة، بالإضافة إلى

أنّه يزيد من إفراز البروستاغلاندين ممّا يزيد من انقباضات الرحم بشكلٍ أكبر وأكبر. الجدير ذكره أنّ الأوكسايتوسين الصناعيّ يُستَخدم لتَحفيز المخاض والولادة في حال لم يبدأ المخاض بشكلٍ طبيعيّ، أو لزيادة قوّة انقِباضات الولادة في حال كان المخاض بطيئًا. ويُحفّز أوكسايتوسين إفراز الحَليب من الثدي بعد الولادة؛ حيث تحفّز عمليّة رضاعة الطفل من الثدي إفراز الأوكسايتوسين وإفراز الحليب، وفي الوقت نفسه يُفرز أوكسايتوسين في الدّماغ أيضًا من أجل تحفيز إفراز المزيد منه. يُعدّ تأثير هذا الهرمون على الرجال أقلّ أهميّة، ولكنّه يمتلك تأثيرًا في حركة الحيوانات المنويّة، ويؤثر على إفراز هرمون التستوستيرون من الخصية.

ومن المعلوم أننا عندما نتقدم في العمر فإن الغدة النخامية تخسر قدرتها على البرمجة والتحكم كما أن المستقبلات التي تعمل مع هرمونات الجسم تصبح أقل حساسية بالنسبة إليها. وبالتالي عندما نهرم ينخفض إفراز العديد من الهرمونات وكذلك تنخفض فعاليتها[78].

نظرية المناعة الذاتية Immunologic/Autoimmune Theory

تنسب نظرية المناعة الذاتية عملية التقدم في العمر الطبيعية لدى البشر والحيوانات، إلى خلل في عمل جهاز المناعة الذاتي[79]. وتبعًا لهذه النظرية ينخفض نشاط جهاز المناعة في أجساد المسنين بسبب تقلّص سعة الغدة الصعترية(Thymus) [80] بنسبة 15% من حجمها الطبيعي، تبدل في وظيفة الجهاز اللمفاوي، وانخفاض في عمل جهاز المناعة[81]، مما يجعل المسنين أكثر عرضة للفيروسات والسرطانات. أيضًا يتعرّض الجسم بفعل التقدم بالعمر لإصابات متكرّرة بأمراض الروماتيزم وخسارة كبيرة في بروتينInterleukin [82] المسؤول عن التحكم في استجابات جهاز المناعة.

في المقابل، أشار العلماء إلى أن المسنين الذين يمارسون تمارينَ رياضية بشكل مستمر، ويتمتعون بالطاقة والحيوية، يرتفع إفراز الـcytokine[83] في أجسامهم مما يحسن وظيفة الخلايا اللمفاوية. وبالعكس من ذلك، فإن المسنين الخاملين الذين لا يمارسون أي أنشطة حركية، يضعف عمل الجهاز المناعي لديهم كلما تقدموا في العمر [84].

يبدو لنا بعد عرض كل تلك النظريات أنه تكاد لا توجد نظرية واحدة استطاعت أن تفسر تطور الشيخوخة لوحدها وبشكل كامل. كما يتبين لنا أن نظريتي الجذور الحرّة والنظرية الوراثية هما النظريتان الأكثر تأييدًا من قبل العلماء والباحثين.

الفصل الثاني
خصائص الشيخوخة الجسدية والاجتماعية والنفسية

أولاً: الخصائص الجسدية للشيخوخة

ثانياً: الخصائص الاجتماعية والنفسية للشيخوخة

المقدمة

التقدم في العمر يعني حتمًا التدهور الفيزيقي، نتيجة تضافر العوامل الوراثية والبيئية معًا، فبعض الأسباب تعود إلى أسلوب حياة الشخص، مثل الغذاء غير المتوازن وقلّة النشاط الحركي، وأخرى تعزى إلى المرض والتقدم في العمر. نتطرق في هذا الفصل إلى خصائص أعضاء الجسم وما يعتريها من تغيرات بفعل التقدم في العمر. وسنبدأ بالحديث عن الدماغ وأهم التغيرات التي تطرأ على أجزائه ووظائفها.

أولا - الخصائص الجسدية للشيخوخةً

الدماغ Brain

الدماغ هو أكثر الأعضاء التي سرعان ما تتأثر بعوامل التقدم في العمر على مدى الزمن، فيحدث تقلص في منطقة الجبهة الأمامية Frontal Lobe مما يضعف العمليات المعرفية العليا لدى الإنسان، إضافة إلى بدء ظهور الخلل في عملية ترميز وتسجيل المعلومات الجديدة في الدماغ. كما تقل كثافة اللحاء الخارجي بسبب انخفاض عمليات التواصل بين الخلايا العصبية مما يتسبب بتباطؤ العمليات المعرفية. أيضًا تتقلص كتلة المادة البيضاءWhite Matter ، مما يؤدي إلى انخفاض فعالية الوظيفة المعرفية. وأشارت الدراسات إلى أن الدماغ يقل إفرازه للنواقل العصبية التالية: الدوبامين، الأيستيل كولين، السيروتونين، والنورإبينفرين، نتيجة التقدم في العمر مما يؤدي إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب وانخفاض القدرات المعرفية لدى المسنين[85].

ومؤخرًا أشارت مجموعة من الدراسات إلى أن الخلايا الجذعية للغدة النخامية هي المسؤولة عن التحكم بسرعة وتيرة التقدم في العمر، وبالتالي فإن عملية حقن مجموعة من الفئران (متوسطة

العمر) كانت قد بدأت فقدانها لمثل هذه الخلايا، والتي أجريت عليها دراسات حول هذا الموضوع، بخلايا جذعية سليمة كان كفيلًا بإحداث تباطؤ في عملية التقدم في العمر لدى هذه الفئران[86].

القلب والأوعية الدموية Heart and blood vessels

تحدث بعض التغيّرات في الأوعية الدموية والقلب نتيجة التقدم في العمر. من هذه التغيرات انخفاض معدل ضربات القلب بفعل بعض الإفرازات الدهنية و نموّ بعض الأنسجة في شرايين الجهاز المسؤول عن التحكم بدقات القلب. أيضًا يحدث تضخم بسيط في حجم القلب خصوصًا في القسم الأيسر منه، وهو الجزء المسؤول أساسًا عن ضخ الدم إلى كل أنسجة الجسم وأعضائه. وبالتالي، فإن كمية الدم تقل أيضًا على الرغم من ازدياد حجم القلب. أيضًا تتدهور حالة خلايا عضلات القلب تدريجيًا وتصبح صمّامات القلب التي تتحكم باتجاه ضغط الدم قاسية مما يخفض من فعاليتها. أما بالنسبة للأوعية الدموية، فمن المعلوم أنه يوجد نوع من المستقبلات تسمّى Baroreceptorsوهي المسؤولة عن التحكم بضغط الدم وإحداث التغيرات اللازمة للمحافظة على استقرار في ضغط الدم عندما يتحرك الشخص من مكان لآخر أو يقوم بأي نشاط. وتفقد هذه المستقبلات (baroreceptors) حساسيتها مع التقدم في العمر، الأمر الذي يفسّر ظاهرة يعاني منها أغلب المسنون تدعى Orthostatic Hypotensionوهي الحالة التي ينخفض فيها ضغط الدم عندما يقف الشخص بعد جلوسه أو نومه، الأمر الذي يسبب له الدوار لأن ضخّ الدم إلى الدماغ يصبح ضعيفًا[87].

من جهة أخرى، تزداد ثخانة الأوعية الدموية الشعيرية مما يتسبب بتباطؤ عمليات تبادل الأغذية والفضلات. كما يصبح الشريان الآورطي Aorta أكثر ثخانة وقساوة وأقل ليونة مما يزيد من ضغط الدم ويجعل القلب يعمل بجهد كبير. وبالعموم فإن معظم المسنين يعانون من ارتفاع متوسط في ضغط الدم[88].

أما الدم فتلحق به أيضًا تغيرات بسيطة إذ تقل نسبته نتيجة انخفاض نسبة سوائل الجسم عمومًا. كما أن سرعة إنتاج خلايا الدم الحمراء استجابة لحالة مرض أو ضغط تقل مما يتسبّب أيضًا بانخفاض استجابة الجسم لخسارة الدم وفقر الدم أيضًا.

في المقابل، تبقى معظم خلايا الدم البيضاء في معدّلاتها على الرغم من انخفاض عدد معيّن من خلايا الدم البيضاء المسؤولة تحديدًا عن المناعة، فتقلّ قدرتها على محاربة البكتيريا

ويصبح الجسم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض[89].

الرئتان Lungs

تحدث تغيّرات في جسد الإنسان بسبب التقدم في العمر، ومما لا شك فيه أن الرئتين تتأثران بهذه التغيّرات. فمن المعروف أن العظام تصبح رقيقة ويتغيّر شكلها ممّا يؤدّي إلى تعديل في شكل القفص الصدري أيضًا الذي لا يعود بإمكانه التمدّد والتقلّص أثناء التنفّس. كما أن العضلة التي تدعم عملية التنفس (الحجاب الحاجز) تصبح ضعيفة وهو ما قد يمنع الشخص من تنفّس كمية وافرة من الهواء، وبالتالي فإن هذه التغييرات في العضلات والعظام قد تخفض من مستوى الأوكسجين في الجسم وتقلّل كمية دايوكسيد الكربون التي تخرج منه فتظهر أعراض التعب وقصر النفس بوضوح[90].

من ناحية أخرى، تطرأ تغييرات على الرئتين فتخسر العضلات والأنسجة الملاصقة لممرات الهواء قدرتها على الإبقاء على ممرات الهواء مفتوحة تمامًا، مما يجعل هذه الممرات تغلق بسهولة. أيضًا تخسر أكياس الهواء في الرئتين شكلها المناسب. مثل هذه التغييرات تجعل الهواء عالقًا في الرئتين وبالتالي تنقص كمية الأوكسجين التي يجب أن تدخل الأوعية الدموية وتقل نسبة دايوكسيد الكربون التي يجب أن تخرج من الجسم ، مما يجعل من الصعب على الشخص التنفّس. كما أن الجزء المسؤول عن التحكّم بالتنفّس في الدماغ قد يخسر جزءًا من وظيفته، وعندما يحصل ذلك، فإن الرئتين تصبحان عاجزتين عن الحصول على الأوكسجين الكافي، ومرة أخرى، تقل كمية دايوكسيد الكربون التي تخرج من الرئتين مما يجعل التنفس صعبًا. تجدر الإشارة إلى أن الأعصاب الموجودة في الممرات الهوائية والتي تحفز عادة فعل السعال، تفقد حساسيتها وبالتالي فإن كميات كبيرة من الدخان والجراثيم تتجمع في الرئتين وقد يصبح من الصعب طردها منها. كما أن جهاز المناعة قد يصبح ضعيفًا بفعل التقدم في العمر، مما يعني عدم قدرة الجسم على محاربة أمراض الرئتين وغيرها من الأمراض. بالإضافة إلى ما ذكر فإن كبار السن عرضة للعديد من المشاكل الصحية، مثل: التهاب القصيباتBronchitis ، قصر التنفّس، توقف التنفّس أثناء النومSleep Apnea، وانخفاض مستويات الأوكسجين[91].

الجلدSkin

كلما تقدّم الإنسان في العمر فقد جلده ليونته وأصبح أقل كثافة وبالتالي عرضة لكل أنواع الضرر، وتعدّ التجاعيد التي تظهر على الجلد بمثابة أمر طبيعي بالنسبة لعملية التقدم في العمر. وبالطبع، توجد مجموعة من العوامل التي تسرّع عملية ظهور التجاعيد بموازاة عملية التقدم في العمر، أهمها: التعرض لأشعة الشمس، التدخين، الجفاف، بعض الأدوية. كما تجدر الإشارة إلى أن التجاعيد تظهر في مساحات الجلد الأكثر تعرضًا لأشعة الشمس خصوصًا الوجه، الرقبة، ظهر الكفين، وسواعد اليدين[92].

نودّ هنا أن نتطرق إلى الحديث عن آثار التجاعيد والتغيرات التي تلحق بالجلد، لاسيما في الوجه، على التعبير عن العواطف والمشاعر لدى المسنين. فلقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن التفسير الصحيح للتعابير التي تظهر على الوجه يعد أمرًا هاما في الحياة الاجتماعية. ولقد وجد العلماء أن تعابير وجه المسنّ التي تنمّ عن مشاعر يحاول إيصالها إلى الآخرين هي أقل وضوحًا من تلك التي تظهر على الأفراد الأصغر سنًا، مما يجعل إدراكها صعبًا من قبل الآخرين. والسبب الوحيد في هذه الحالة هو انخفاض درجة الوضوح في تعابير وملامح وجه المسنين بسبب التغيرات المورفولوجية، مثل التجاعيد والثنايا التي تظهر على الجلد[93].

وبمجرد ظهور هذه التجاعيد والثنايا، وبغض النظر عن الوضعية أو الإطار العاطفي، فهي قد تعزز بعض التعابير العاطفية، في حين أنها قد تضلل البعض الآخر منها. وبالتالي، فإن التغيرات الشكلية في الجلد في وجه المسنّ قد تجعل من الصعب أحيانًا الاستدلال على حالته الشعورية من خلالها بوضوح[94].

الجهاز العضلي (الحركي عامة) Musculoskeletal System

تعدّ اضطرابات الجهاز العضلي والعظمي شائعة لدى أغلب المسنين في مرحلة الشيخوخة[95]. فمع التقدم من العمر تبدو العظام أكثر هشاشة وتخسر الأجزاء الغضروفية مرونتها وتضعف القوة العضلية، وتحدث إعادة إفراز وانتشار للمواد الدهنية ما يخفض من قدرة الأنسجة على القيام بوظائفها[96].

في الواقع إن خسارة القدرة على التحرك بفعالية إضافة إلى الاستقلالية في القيام بأي نشاط يعد أمرًا صعبًا لدى أفراد هذه الفئة العمرية (المسنين)، ليس فقط من الناحية الفيزيولوجية والنفسية، بل أيضًا بسبب ارتفاع معدلات الموت[97].

ونعرض فيما يلي أهم المشاكل التي يعاني منها المسنّ على هذا الصعيد:

أ - الكسور Fractures:

تكثر حالات كسور العظام في جسد المسنين تحديدًا بسبب حوادث السقوط ومرض ترقق العظامOsteoporosis [98]. وتكثر حوادث السقوط بسبب نوعين من العوامل الخارجية (أوضاع المحيط الذي يعيش فيه المسنون والبيت) والعوامل الداخلية (مثال الحركة المعاقة، خسارة القوة العضلية، ضعف القدرة البصرية، أو الآثار الجانبية الناجمة عن تعاطي أدوية معينة مثل Corticoids[99]. كما يؤدي مرض ترقق العظام إلى هشاشة العظام وازدياد خطر الإصابة بالكسور[100].

ب - التهابات مفاصل العظام Osteoarthritis

وهي أمراض تؤثر على بنية المواد الغضروفية والمفاصل وغيرها من أجزاء الجسم[101]. وتعد من أكثر الأمراض انتشارًا لدى المسنين بعد سن الـ 65وتسبب عادة خللًا في ألياف الكولاجين وموت الأنسجة الحيّة نتيجة عدم وصول الدم إليها، على أن نسبة إصابة الإناث بها تبلغ 90% مقابل 80%لدى الذكور[102].

ج - الأمراض الميكروية Microcrystal Disorders

تزداد وتيرة هذه الأمراض أيضًا مع التقدم في السن وأهمها داء النقرس وروماتيزم المفاصل. داء النقرس وهو مرض يسبب التهابًا في المفاصل وخاصة أصابع اليد والقدم والركبتين، وتشخيصه يتم عن طريق رؤية بلورات حمض اليوريك تحت المجهر في عيّنة أخذت من السائل المحيط بالمفصل المصاب[103].

د - أمراض العدوى Infection

يعتبر كبار السن الأكثر عرضة للعدوى بسبب الاضطرابات الجسدية المختلفة التي يعانون منها: ضعف الأسنان، أمراض أوعية الجهاز الطرفي، داء السكري، انخفاض فعالية جهاز المناعة، والعمليات الجراحية مثل القلب المفتوح وخلع الأضراس[104]. ومن المعلوم أن مفاصل الركبتين والأكتاف والأوراك هي الأكثر تعرّضًا للإصابة لدى المسنين ممن هم فوق الثمانين عامًا[105].

حاسة البصر Sight Sense

يُعدُّ خسارة البصر لدى كبار السن ممن هم فوق 65 سنة وما فوق أمرًا شائعًا بحيث يصاب به واحد من أصل 3 أشخاص مسنين. وأهم مسببات خسارة البصر مرض الزرقGlaucoma ، وهو مرض يزداد بسببه ضغط السائل داخل العين فيسبب ضعف البصر أو العمى، ومرض الماء الأزرقCatract ، وهو مرض إعتام العين الذي يجعل الرؤية غير واضحة. أيضًا من مسببات خسارة البصر مرض إعتلال الشبكية السكريDiabetic Retinopathy ، وهو مرض يصيب العين بسبب الأضرار التي تلحق بشبكيتها (الناجمة عن مضاعفات مرض السكري) والتي يمكن أن تؤدي في النهاية إلى العمى.

أيضًا مرض التنكّس البقعي Age - related Macular Degeneration المرتبط بالعمر، وهو المسبب الرئيسي لفقدان البصر والعمى لفئة كبار السن فوق عمر الـ65. وهو عبارة عن اضمحلال أو انتكاس يحدث في اللطخة الموجودة في شبكية العين مما يسبب صعوبة كبيرة في الإبصار خاصة خلال القراءة والقيادة لأن اللطخة هي الجزء المهم في الإبصار المركزي. وهو نوعان: التنكّس البقعي الرطب، ويضم نموّ أوعية دموية جديدة في أماكن ليس من المفترض نموّ أوعية فيها مثل اللطخة، لكن 85% من الحالات تكون من النوع الجاف. ويعدّ بمثابة مرحلة مبكرة من المرض بسبب هرم أو شيخوخة أنسجة اللطخة أو ترسّب الصبغة في اللطخة أو الاثنتين معًا، ممّا يؤدي إلى تدني النظر تدريجيًا ولكن ليس للدرجة التي يسببها التنكّس الرطب[106].

ونشير بدورنا إلى أهمية مشاركة المسنين في الحياة اليومية بفعالية على الرغم من قدرتهم الضعيفة على الرؤية، نظرًا لأن المشاركة الفعّالة تزيد من جودة الحياة. وتوجد العديد من مراكز إعادة التأهيل والتي يتم فيها تدريب الأشخاص ضعاف البصر والمكفوفين على التعامل بشكل أفضل مع متطلبات الحياة اليومية، وأن يحافظوا على الحركة والنشاط. كما ينبغي على الأهل والأقارب

الاهتمام كثيرًا باحتياجات المرضى من المسنين، لأن الشعور بالعجز يشعرهم بالحزن والرغبة في العزلة.

حاسة السمع Hearing Sense

تظهر صعوبات السمع لدى الفئات العمرية، لكن يزداد انتشارها في أوساط المسنين بفعل عوامل التقدم في العمر. وتشير الدراسات إلى أن حوالي 30% من المسنين الذين هم في عمر الـ65 وما فوق، يعانون من صعوبات في السمع بدرجة معينة. ومن المعلوم أن ضعف السمع قد يضرّ في جودة الحياة في مختلف المجالات، مثل صعوبة في المشاركة في محادثة مع الأصدقاء وأفراد العائلة أو صعوبات في المكالمات الهاتفية، حتى عند زيارة الأطباء هناك صعوبة في سماع وفهم تعليماتهم. وغالبًا ما تتسبب حالة فقدان السمع بالحرج، الحزن، الشعور بالوحدة، ضرر في الثقة بالنفس وفي الأمان[107].

ويعدّ مرض الصمم الشيخوخي Presbycusis من أكثر الأمراض انتشارًا بين فئة المسنين وهو عبارة عن خسارة السمع تدريجيًا كلما تقدم الإنسان في العمر. ولهذا المرض آثار سيئة تجعل من الصعب على المسنّ سماع رنين جرس الانذار أو قرع الباب أو حتى رنين الهاتف. أيضًا يصعب عليه التحدث مع أفراد عائلته أو أصدقائه مما يولّد لديه الشعور بالعزلة الاجتماعية. ويحدث هذا الاضطراب بسبب تلف أو موت الخلايا الدقيقة الموجودة في الأذن الداخلية. فعادة ما تلتقط هذه الخلايا الموجات الصوتية وتحولها إلى إشارات عصبية يترجمها (يدركها) الدماغ بدوره على أنها أصوات. ومثل هذه الخلايا لا تتولد من جديد في حال تعرّضت للتلف، وبالتالي فإن معظم حالات خسارة السمع الناجمة عن ضرر يلحق بهذه الخلايا تعتبر دائمة. وليس هناك من سبب واحد معروف لاضطراب خسارة حاسة السمع المرتبط بالتقدم في العمر، ولكن على الأرجح أنه ينجم من التغيّرات في الأذن الداخلية بفعل التقدم في العمر. وتلعب العوامل الجينية والأصوات العالية جدًا، دورًا في هذا المجال، إضافة إلى داء السكري، التدخين، وتعاطي أدوية محددة مثل تلك المستخدمة في علاج السرطان Chemotherapy for Cancer. وعادة ما يصيب هذا المرض كلتا الأذنين بشكل متساو[108].

حاسة الشمّ Smell Sense

إن فقدان القدرة على الشمّ بفعل التقدم في العمر يسمّىPresbyosmia ، وهو مرض حتمي يعاني منه المسنون وقد تظهر المشكلة بشكل جزئي أو كلي. وقد يعتقد البعض منهم أحيانًا أنهم يشمون روائح كريهة في حين أن الأمر ليس صحيحًا. إن الغياب الكلي لحاسة الشم قليل الحدوث في حين أن انخفاض فعالية هذه الحاسة هي الحالة الأكثر شيوعًا[109]. ويشير العلماء إلى أن حاسة الشمّ تقل تدريجيًا لدى المسنين، وهو أمر طبيعي. إن العديد من كبار السن لا يدركون حتى أنهم يعانون من مشكلة في حاسة الشمّ لأن التغييرات تحدث بشكل تدريجي خلال سنوات عديدة. إنهم لا يدركون حتى وجود هذه المشكلة إلا حين تعرضهم لحادثة يلاحظون فيها أنهم لم يشموا رائحة دخان حريق خطر أو حتى رائحة طعام فاسد[110].

في الواقع إن فقدان هذه الحاسة لديهم تدفعهم إلى تغيير عادات الأكل، فالبعض قد يتناول كميات طعام قليلة ويخسر بالتالي الوزن، في حين قد يتناول البعض الآخر كميات أكثر وبالتالي يحصل على زيادة في الوزن. وفي كلتا الحالتين سيكون هناك تأثير طويل المدى على حياة الشخص. من جهة أخرى، قد تدفع خسارة هذه الحاسة لدى البعض من كبار السن إلى زيادة كمية السكر أو الملح لتحسين مذاق الطعام (هنا إشارة إلى أن حاستي الشم والتذوّق مرتبطتان، وقد يعتقد أحدهم أنه يعاني من مشكلة في حاسة التذوّق في حين أن المشكلة تكمن في حاسة الشم)، وهو أمر يعد بالغ الخطورة بالنسبة لمن يعاني من مشكلات صحية أخرى مثل السكّري، ارتفاع ضغط الدم، وفي الحالات القصوى فإن حاسة الشمّ قد تؤدي إلى الاكتئاب[111].

بالمقابل، توجد أشكال عديدة من اضطراب حاسة الشمّ، تعتمد على كيفية إصابة هذه الحاسة. فالبعض قد يخسر كليًا قدرته على الشمّ والبعض الآخر قد يخسر قدرته على تمييز الروائح جيدًا. وبالتالي فإن الأشخاص الذين يفقدون قدرتهم على التعرّف على روائح معينة، يعانون من Hyposmiaالذي غالبًا ما يحصل نتيجة تعرض الجهاز التنفسي لإصابات أو في حال حدوث احتقان في الأنف. وهو مرض مؤقت يزول عند اختفاء حالة الاحتقان. البعض الآخر من الأشخاص لا يستطيع أن يشمّ بتاتًا، وهو اضطراب يسمى Anosmia ويحدث بسبب تعرض الرأس لصدمة في منطقة الأنف تحديدًا، نتيجة حادث دراجة أو التهابات أنفية مزمنة، وقد يحدث بسبب التقدم في العمر. وفي حالات نادرة ينتقل بفعل الوراثة[112]. وفي بعض الأحيان تقترن خسارة حاسة الشم بتغيرات في إدراك الروائح، وهو اضطراب يسمّى Dysosmia يشوّه إدراك الشخص للروائح المعروفة بالنسبة إليه سابقًا. وقد يعاني بعض المصابين بهذا الاضطراب من أوجاع الرأس، الدوار،

قصر التنفس، أو القلق. حتى إن البعض قد يشمّ روائح هي غير موجودة في الأصل وهي حالة تصف اضطرابًا يسمّىPhantosmia [113].

حاسة التذوّق Taste Sense

تعدُّ اضطرابات حاسة التذوّق مسألة طبيعية مع تقدم الإنسان في السن، وما يفقده الشخص في الغالب هو، حاسة الشمّ، وهذا يتسبب في تغير حاسة التذوّق (لأن حاسة الشمّ مساهم رئيسي في حاسة التذوّق.

ولعل السبب الأكثر شيوعًا لمشاكل التذوّق، وخاصة لدى كبار السن، يتعلق بمشاكل في الفم، مثل الأسنان أو اللعاب، فأي حالة ينتج عنها جفاف الفم يمكن أن تسبب مشاكل، لأن اللعاب شيء ضروري لحاسة التذوّق. فمن المعلوم أن المواد الكيميائية الموجودة في الطعام أو الشراب تذوب في اللعاب، وهذا الأمر يؤدي إلى تفتح براعم التذوق، بينما لا تصل تلك المواد، أبدًا، إلى تلك البراعم عندما يصاب الفم بحالة من الجفاف. كما أن حدوث التهاب ما في الفم يلحق الضرر ببراعم التذوق، وتشمل العوامل التي قد تؤدي إلى حدوث الالتهاب ما يلي[114]:

- عدم استخدام طاقم الأسنان المناسب أو إساءة استخدامه.

- مشاكل الأسنان أو اللثة.

- التسوس.

- التدخين.

- التهابات الجهاز التنفسي العلوي والأذن الوسطى.

- العلاج الإشعاعي لسرطان الرأس والعنق.

- التعرّض لبعض المواد الكيميائية، مثل المبيدات الحشرية وبعض الأدوية، بما في ذلك المضادات الحيوية ومضادات الهيستامين.

- تدني مستويات النظافة الصحية للفم.

وهنا بعض الأسباب النادرة التي تسبب مشاكل في حاسة التذوق:

- تلف الأعصاب التي تربط بين الوجه والمخ.

- أورام المخ.

- أمراض الكبد.

- النقص الحاد في الفيتامينات.

- بعض العلاجات والمسكنات التي تسبب تغيرا في حاسة التذوّق.

- الاكتئاب والمشاكل النفسية الأخرى التي تحدث تغيرا في الطعم.

وبدوره أشار «ميستراتا» إلى أن التقدم في العمر يؤدي إلى خسارة حاسة التذوّق بسبب التغيرات التي تطرأ على أغشية خلايا التذوّق[115].

ويحذر العلماء من أن فقدان القدرة على التمييز بين الأطعمة الفاسدة أو السوائل وغيرها والتي قد يعاني الشخص من حساسية ضدها، قد يكون عاملًا خطيرًا للإصابة بأمراض القلب، السكر، والسكتة الدماغية[116].

نستنتج مما تقدّم أن مرحلة الشيخوخة تتسم بتدهور الكفاية البدنية، فهي تسير بمسار تصاعدي حتى تصل ذروتها، ثم تبدأ بالانحدار البطيء والتدريجي. ويعاني المسنّ من تدهور واضح في مجمل المظاهر الجسمية والحركية والتي هي نتيجة طبيعية لضمور العضلات وتقلّص مرونتها وانكماشاتها في مناطق معينة من الجسم، فتتأثر بذلك الأنشطة الجسمية والحركية. ويمكن اعتبار الخصائص السلوكية العامة انعكاسًا لهذه التغيرات العضوية التي تحدث في الجسم (وهو الموضوع الذي سنتطرق إلى بحثه في الفصل اللاحق)، أما الفروق الفردية في سرعة أو بطء التغيرات فتعود إلى عاملي الوراثة والبيئة التي يعيش فيها المسنّ.

ثانياً - الخصائص الاجتماعية والنفسية للمسنين

تعتري مرحلة الشيخوخة العديد من التغييرات النفسية والاجتماعية أسوة بالتغييرات الجسدية التي تظهر آثارها بوضوح ابتداء من سن الستين. وقد أظهرت العديد من المقاييس النفسية حصول تراجع وتقهقر في الفعاليات النفسية والعقلية لدى المسنّ، مثل التدهور في قدرة المسنّ على إطلاق الأحكام، والتأخر في إصدارها حيال المواضيع التي تتطلب منه إبداء الرأي، التفاعل المناسب مع الوقت، القدرة على التدرب من جديد دون وجود خبرات سابقة، والقدرة على اكتساب أمور جديدة في مجالات عديدة. كما تصبح المهمّات التي تتطلب المشي من المسنّ صعبة، خصوصًا إذا ما اقترنت بأنشطة جسدية متواصلة. ويحدث إبطاء في العمليات الجسدية والسيطرة الذاتية على ردود الفعل النفسية والجسدية. تمتاز هذه المرحلة أيضًا بعدم ميل المسنّ إلى إظهار المرونة في وجهات النظر حيال القضايا والأمور التي يتعامل معها، إضافة إلى تدهور متزايد في قدرته على التعامل مع وضعيات جديدة ومقاومة كل تغيير محتمل[117]. وتظهر مقاييس واختبارات الذكاء أيضًا انخفاض معدلات الذكاء لدى المسنين مقارنة بالأشخاص الأصغر سنًا. مع العلم أن مثل هذه المقاييس بيّنت تدهورًا أقل على مستوى القدرات الأكثر استخدامًا من قبل المسنّ مثل المفردات، المعلومات العامة، وفهم المعاني، مقارنة بمقاييس استخدمت للتحقق من إدراكهم للمفاهيم المجرّدة. ويجمع العلماء على أن مثل هذه التغييرات تظهر بوضوح ابتداء من سن الستين وما فوق، وهي في الحقيقة بمثابة آثار للتغييرات التي تطرأ على الوظائف العقلية. فالبعض منها يتدهور بطريقة منتظمة وثابتة منذ مرحلة الرشد، والبعض الآخر يتدهور بشكل مستمر منذ مرحلة الرشد، ومن ثم يتسارع في مرحلة

الشيخوخة. ويبقى البعض الآخر منها ثابتًا في مرحلة الرشد حتى يظهر تدهورًا واضحًا في مرحلة الشيخوخة[118].

في الواقع تُعدُّ الشخصية في مرحلة الشيخوخة بمثابة التطوّر الطبيعي والحتمي لكل المكتسبات التي حصل عليها المسنّ في حياته السابقة. وتصبح خصائص الشخصية أكثر ثباتًا، وتظهر بوضوح أوجه الإعتمادية على الآخرين التي سبق وأن كانت مقنعة في مراحل سابقة، إضافة إلى قساوة وتحجّر التفكير، وظهور مخاوف جديدة ومحددة حيال بعض الأمور. وقد يحصل نضوب في العمليات العقلية والشعورية والإبداعية أيضًا. الأمر الذي دفع بالعديد من العلماء إلى القول بأنه لا بد من الاستعداد المسبق لمثل هذه التغيرات والتبدلات، وتحديدًا في أواسط العمر، من أجل التخفيف من آثار تداعياتها على حياة المسنّ[119].

اجتماعيًا، يبدو أن اهتمامات المسنّ تقل وتصبح محصورة عادة بثلاث مسائل تعتبر شائعة وهي الصحة، الاستقرار الإقتصادي، وجود أو غياب المغزى أو الهدف من الحياة. ولقد حلّل العلماء الخصائص الاجتماعية للمسنين وتبيّن لهم أن التقدّم بالعمر ترافقه عدة مظاهر: ارتفاع حالات الترمل لدى الذكور والإناث، ارتفاع حالات الاعتمادية على الآخرين، انخفاض نسبة حضور المناسبات على أنواعها أو المشاركة في لقاءات ما، انخفاض ممارسة الهوايات، عدم التفكير في خطط مستقبلية، انخفاض نسبة توظيف الذكور في وظائف حيوية، اعتماد كبير على المعاش التقاعدي، ازدياد حالات الإعاقات الجسدية، انخفاض معدلات الرضا عن الصحة، ازدياد الاهتمام بالممارسات الدينية، انخفاض معدل الإحساس بالسعادة، الشعور بعدم القيمة، وأخيرًا التعبير عن عدم الرغبة بالحياة.

يبدو جليًا مما سبق، أهميّة التكيف الشخصي للمسنّ، ونعني بالتكيّف الشخصي، إعادة بناء وتوجيه الاتجاهات والسلوك لدى المسنّ الذي يواجه تغييرات حياتية جديدة تحتم عليه التعبير عن رغباته بما يتماشى مع توقعات ومتطلبات المجتمع. وسنتحدث عن بعض الخصائص النفسية التي تتصف بها مرحلة الشيخوخة من الشعور بالوحدة النفسية، عدم الرضى عن صورة الجسد، الاكتئاب، والقلق إضافة إلى اضطرابات أخرى.

العزلة الاجتماعية Social Isolation

يمثّل الشعور بالوحدة إحدى المشكلات المعبّرة عن الأسى الناتج عن عدم الرضى بالعلاقات الاجتماعية القليلة وغير المشبّعة، وتعد تلك المسألة من المشكلات الشائعة لدى كبار السن. فالاحساس بالعزلة الاجتماعية والافتقار إلى الآخرين، ربما يكون البداية بالنسبة لكثير من الاضطرابات، كظهور أعراض الاكتئاب مما يؤدي إلى زيادة شعور المسنّ بعدم القدرة على التوافق. ويرى كثير من المهتمين والباحثين بمجال كبار السن وجود علاقة ارتباطية بين الوحدة والاكتئاب، فالأشخاص الذين يرتفع لديهم الشعور بالوحدة النفسية تزداد لديهم الأعراض الاكتئابية والنفسية[120].

وأكدت العديد من الدراسات التي تناولت المشاكل التي يعاني منها المسنون على أن المرض الجسمي والوحدة والعزلة الاجتماعية وقلّة النشاط، هي العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة للشيخوخة وقد تظهر أعراض الشعور بالاغتراب على المسنين مثل العزلة وفقدان السيطرة والشعور بالعجز[121].

صورة الجسد Body Image

- إذا كانت البدايات الأولى لدراسة مفهوم صورة الجسد قد ارتبطت بالرؤية الفلسفية للفيلسوف اليوناني أرسطو، الذي أشار إلى أن صورة الجسد وملامح الوجه ترتبطان بوظيفة الشخصية، فإن الرؤية النفسية يمكن تلمّسها عند «شيلدر»، الذي يُعدُّ أوّل من وضع مفهوم صورة الجسد. ففي كتابه The Image and Appearance of Human الصادر في العام 1935 عرّف صورة الجسد على النحو الآتي: «صورة الجسد هي تللك التي نُكوّنها عن ذواتنا في عقولنا ولها ثلاثة أبعاد: الليبيدي، السوسيولوجي والفيزيولوجي»[122].

كذلك عرّف سلايد صورة الجسد «بأنها الصورة الموجودة في عقولنا عن حجم، شكل ومظهر أجسادنا»[123].

ورأت مجموعة من العلماء بأن صورة الجسد هي صورة ذهنية نكوّنها عن أجسادنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص. كما أن صورة الجسد تنبع لدينا من مصادر شعورية ومصادر لاشعوريّة، وهي تمثّل مكوّنًا ً أساسًا ً في مفهومنا عن ذواتنا[124].

أما دسوقي فأشار إلى أن صورة الجسد هي التصوّر العقلي الموجود لدى المرء عن جسده الخاص أثناء الراحة أو أثناء الحركة في أيّة لحظة. وهذه الصورة ُمستمدّة من الإحساسات الباطنة وتغيّرات الهيئة والاحتكاك بالأشخاص والأشياء في الخارج وكذلك الخبرات الانفعالية والخيالات[125].

بالمقابل، أشارت مجموعة من العلماء في تعريفهم لصورة الجسد على أنها تصوّر الفرد الداخلي لمظهره الخارجي، متزامناً مع مشاعر الارتياح أو عدم الارتياح تجاهها. على أن هذه الصورة تتأثّر بالعوامل الاجتماعية مثل المناخ الثقافي السائد، الإعلام–الموضة–آراء الآخرين من أفراد العائلة والأصدقاء، كما أنها تؤثّر بدورها على تفكير الفرد وشعوره وتقديره لذاته[126].

في المقابل أيضاً، عدم الرضى عن صورة الجسد (أو عدم الرضى عن الجسد)، هو تعبير يستخدم بصورة كبيرة في مجال أبحاث صورة الجسد، لأنه يعبّر بطريقة واضحة عن مدى تقبّل الفرد وموقفه تجاه مظهره الفيزيقي[127].

وبدوره أشار «ثومبسون»[128] إلى أن «صورة الجسد تضطرب عندما يصل تقدير الفرد الذاتي لمظهره إلى الحد الذي قد يؤثّر فيه على حياته الاجتماعية أو المهنية، أو يسبّب له حالات من القلق والاكتئاب». وبدورهم يرى الباحثون أن التغيرات التي تحدث في الجسم نتيجة التقدّم في العمر لها تأثيرات كبيرة على صورة الجسد[129]، وخصوصًا لدى الإناث اللواتي يخضعن وبشكل مستمر لضغوطات اجتماعية من أجل المحافظة على مظهر شاب وجذاب[130].

ولقد بدأ الاهتمام مؤخرًا بدراسة صورة الجسد لدى المسنين مقارنة بباقي الفئات العمرية التي لطالما استحوذت على اهتمام العلماء الذين وجدوا (على سبيل المثال أن أكثر من 60% من النساء اللواتي يبلغن من العمر الستين وما فوق يعانين من عدم الرضى عن صورة الجسد، ووجدوا الأمر نفسه لدى الإناث اللواتي يبلغن 54 عامًا بنسبة80% [131].

في الواقع، تصاب صورة الجسد بالعديد من التشوّهات في مرحلة الشيخوخة بسبب التصوّر السلبي الذي يلحق بهذه المرحلة نتيجة الربط الخاطئ لدى الناس ما بين التقدم في العمر من جهة، وعدم الكفاءة والقدرة من جهة أخرى[132]. وغالبًا ما كان العلماء يشيرون إلى الضغوطات الاجتماعية والثقافية التي تطال فئتي الشباب والراشدين لجهة المحافظة على مظهر جذاب وشباب دائم، إلى أن بدأت الأبحاث تشير إلى وجود وضع مماثل بالنسبة للمسنين، وخصوصًا الإناث[133]. وقد وجد العلماء علاقة ما بين عدم الرضى عن صورة الجسد والاضطرابات العقلية والمزاجية لدى

المسنين، فعلى سبيل المثال أشار «بايكر وغرينغارت» في دراستهما التي شملت 148 مسنًا، إلى ارتباط انخفاض تقدير الذات بعدم الرضى عن صورة الجسد عند المسنين[134]. وأشار «ميلر» وآخرون في دراسة أميركية ضمت عيّنة مؤلفة من 183 مسنًا ممن هم فوق 70 عامًا، إلى إرتباط عدم الرضى عن صورة الجسد لديهم بالاكتئاب والضغوط[135].

من جهة أخرى، وجد العلماء فروقًا جندرية على مستوى تأثيرات صورة الجسد على مفهوم الذات لدى المسنين، من ذلك أن الأنثى تبتعد عن المظاهر الأساسية التي تقيّم على أساسها المرأة عادة، وهي: الشباب والجمال، في حين أنه يسمح للذكر أن تظهر عليه علامات التقدم في السن، التي غالبًا ما تزيد من جاذبيته. أيضًا، تخسر الأنثى إحساسها بالقيمة الذاتية وتنظر بطريقة سلبية إلى نفسها عند تقدمها في العمر، في مقابل ذلك، لا يفقد الذكر أي إحساس برجولته ويزيد شعوره بالقيمة الذاتية[136]. إلا أن دراسات أخرى أشارت إلى استنتاجات أخرى مثل أن المسنين غالبًا ما يهتمون بالقدرة الوظيفية للجسم وصحته أكثر من المظهر الخارجي[137]. وقد بات مؤكدًا لدى العلماء أن إدراك الشخص لجسده (ذكرًا كان أم أنثى) يتأثر بالمفاهيم والقيم السائدة في مجتمعه، ويتشكل من خلال تفاعلات الشخص مع الآخرين[138]. صحيح أن الشخص يكوّن هذه الصورة انطلاقًا من إحساساته لكنه يتأثر بدرجة كبيرة بما يتصوّره المجتمع على أنه الجسد المثالي[139]. ومن بين التأثيرات الخارجية على صورة الجسد، تعد التأثيرات السوسيوثقافية الأقوى، خصوصا بالنسبة للإناث، تلك التأثيرات التي تتطلب الحفاظ على الجسد النحيف المثالي. فمنذ البداية تتضمن نشأة الفتاة الاهتمام بجسدها، شكله، وزنه، ومظهره. وعادة ما يرتبط التطوّر الفيزيقي بالنموذج الجمالي النمطي السائد، وهو ما قد يتسبب باضطرابات الأكل والإحباط والشعور بالاغتراب الاجتماعي[140].

إن الاهتمام المتزايد بصورة الجسد والمظهر الفيزيقي يشكل مصدرًا للاضطرابات النفسية التي من شأنها أن تؤثر على مزاج الشخص وصحته[141].

إن الاهتمام المتزايد لعلماء النفس بالأبحاث حول صورة الجسد ينبع من تأثير العوامل النفسية، البيئية والاجتماعية لهذا المفهوم على صحة الأفراد، لدى كافة الشرائح والفئات العمرية مما دفعهم إلى الحديث عن مفهوم «خواف الشيخوخة" Gerontology[142]. ويصف هذا الخواف إدراك الشخص السلبي لجسده الهرم وخوفه من أن يصبح مسنًا. إنه يخاف من أن يترك وحيدًا من دون أي مساعدة أو اهتمام مع تقدمه في العمر. وغالبًا ما يدفع هذا الخواف بالأنثى تحديدًا، إلى تكوين انتقاد

حاد وسلبي تجاه جسدها خاصة عند مقارنتها لجسدها مع المظهر الجسدي النحيف واليافع المتعارف عليه عادة[143].

أيضًا، تحدّث الباحثون عن تأثيرات الشيخوخة السلبية على الأشخاص الذين يتقدم بهم العمر والذين يصطدمون أغلب الأوقات بالتصورات والأفكار المنمطة، السلبية بمعظمها عن مرحلة الشيخوخة لدى الآخرين، مما يتسبب لهم (أي المسنين) باضطرابات مزاجية كالاكتئاب والقلق، إضافة إلى صعوبات في الذاكرة وارتفاع ضغط الدم[144]، والتي بدورنا سنتحدث عنها لاحقًا.

الاكتئاب Depression

ورد مصطلح الاكتئاب في نصوص الحضارات القديمة، فقد ميّزه قدماء الإغريق كاضطراب في المزاج. وكلمة «mélancolie» مشتقة من الكلمة الإغريقية (أسود melan وأصفر cholia)، كذلك في النصوص الإنجليزية القديمة حيث تشير كلمة melancholia وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون، لوصف اضطراب المزاج. وفي اللغة الإنكليزية أيضًا يحمل الاكتئاب مصطلح depression وهو يتكوّن من ثلاثة مقاطع(de - presh - un)، أما الفعل يكتئب(de press)فقد اشتق من كلمة (Depressus) التي اشتقت بدورها من(depremère)، كما يستخدم بمعنى الانقباض[145].

أما كلمة الاكتئاب في اللغة العربية، فهي مشتقة من الفعل الثلاثي «كأب»، ويشير هذا الفعل أيضًا إلى إسم الكآبة، وهي تعني سوء الحال والانكسار من الحزن والأسى، و»كأب» من كئيب[146].

التعريف الاصطلاحي:

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعًا، إذ دلّت دراسات مسحية أجرتها منظمة الصحة العالمية مؤخرًا إلى وجود أكثر من مائة مليون شخص يعانون من الاكتئاب[147].

وأشار «إسو وبيترمان»[148] إلى أن أعراض الاكتئاب متنوعة وهو (أي الاكتئاب) يظهر في مختلف الفئات العمرية ويتخذ أشكالًا مختلفة بحسب الشدّة والضرر الذي يتسبب بهما للأشخاص المصابين به.

ووفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الخامسة)، فإن أعراض الاكتئاب هي على الشكل التالي:

1 - المزاج الحزين طوال اليوم، وتقريبًا كل يوم

2 - انخفاض ملحوظ في الاهتمام والسعادة بكل شيء وفقدان الاهتمام بالأنشطة طوال اليوم، وتقريبًا كل يوم

3 - زيادة أو نقص ملحوظ في الوزن دون اتباع ريجيم

4 - نقص أو زيادة حادة في الشهية، تقريبًا كل يوم

5 - الهبوط أو التهيج النفس حركي، تقريبًا كل يوم

6 - الإرهاق أو التعب أو نقص الطاقة، تقريبًا كل يوم

7 - زيادة أو نقص في ساعات النوم، تقريبًا كل يوم

8 - مشاعر عدم القيمة أو الشعور المفرط أو غير الملائم بالذنب، تقريبًا كل يوم

9 - أفكار حول الموت / الانتحار في حالات الاكتئاب الشديدة[149]

- بدوره عرف" عبد الخالق أحمد"[150] الاكتئاب بأنه حالة انفعالية دائمة أو مؤقتة تنتاب الشخص فيها مشاعر الحزن والضيق والانقباض، ويسيطر عليه الشعور بالتشاؤم والهم، إضافة إلى الشعور باليأس والعجز والقنوط. وترافق حالة الاكتئاب أعراض معيّنة مثل انخفاض الاهتمامات والتمتع بالحياة وفقدان الشهية والوزن وسرعة الإجهاد واضطراب النوم وعدم القدرة على التركيز والإحساس بانخفاض الكفاءة والجدارة، إضافة إلى الأفكار الانتحارية.

أما" بيك"[151] فعرف الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير، كما يتضمن أسلوب التفكير لدى المكتئب تمثلات وتصورات سلبية عن العالم تعدُّ مسؤولة عن ظهور انفعالات غير مرغوبة واضطرابات سلوكية.

وعرّف" هاملتون"[152] اضطراب الاكتئاب بأنه مرض نفسي يتصف بشعور عميق ودائم بالحزن أو اليأس أو فقدان الاهتمام بالأشياء التي كانت يومًا ما مصدرًا للبهجة، ويترافق ذلك مع اضطراب في العمليات الذهنية.

من جهة أخرى، يعتبر الاكتئاب اضطرابًا شائعًا في مرحلة الشيخوخة، وتؤثر أعراضه في كل مظهر من مظاهر حياة المسنّ: طاقته، شهيته على الطعام، نومه، رغبته في العمل، هواياته، وعلاقاته مع الآخرين[153]. لكن ولسوء الحظ، فإن العديد من المسنين لا يلاحظون وجود هذه الأعراض لديهم أو لا يبذلون أي جهود لطلب المساعدة من أجل التخلص منها. وقد يعود السبب في ذلك إلى ما يلي:

أ - اعتقاد المسنّ (وكذلك الآخرين) أن الاكتئاب هو أمر طبيعي في مرحلة الشيخوخة

ب - انعزال المسنّ عن الآخرين الذين قد لا يلاحظون ظهور أعراض الاكتئاب عليه

ج - عدم معرفة المسنّ (وكذلك الآخرين) بأن الشكاوى الجسدية هي علامات لظهور اضطراب الاكتئاب

د - تردّد المسنّ في طلب المساعدة أو حتى التحدث عن مشاعره أمام الآخرين[154]

من جهة أخرى، لا بدّ من التعرّف على أهم أعراض اضطراب الاكتئاب التي تظهر على المسنّ، وسنعرض فيما يلي أهم هذه الأعراض:

1 - الحزن أو الشعور باليأس

2 - وجود أوجاع غير مبررة

3 - فقدان الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية أو الهوايات

4 - فقدان الوزن أو الشهية

5 - ظهور مشاعر فقدان الأمل

6 - فقدان الطاقة والدافعية

7 - اضطرابات النوم، مثل صعوبة البدء بالنوم أو الاستغراق فيه

8 - الشعور بفقدان قيمة الذات، مثل شعور المسنّ بأنه أصبح عبئًا على الآخرين

9 - تباطؤ في الكلام والنشاط الحركي

10 - اللجوء إلى شرب الكحول في بعض الأحيان

11 - التركيز على أفكار الموت والانتحار

12 - المعاناة من مشاكل في الذاكرة

13 - تراجع الاهتمام بالأمور الشخصية، مثل تفويت بعض وجبات الطعام أو تناول دواء ما

وعلى الرغم من تلازم مشاعر الحزن والاكتئاب، إلا أن العديد من المسنّين يصرّحون بأنهم لا يشعرون بالحزن، وفي المقابل يشتكون من انخفاض الدافعية، فقدان الطاقة، والمعاناة من اضطرابات جسدية. في الحقيقة، تعدُّ الشكاوى الجسدية، مثل أوجاع الرأس والتهابات المفاصل، أهم الأعراض الدالة على إصابة المسنّ بالاكتئاب.

من جهة أخرى، يشير العلماء إلى أهم الأسباب التي تسبب اضطراب الاكتئاب لدى فئة المسنين على الشكل التالي:

1 - المشاكل الصحية: مثل المرض والإعاقة، الأوجاع المزمنة أو الشديدة، التدهور المعرفي، الخلل في صورة الجسم نتيجة الخضوع لجراحة ما أو الإصابة بمرض.

2 - الوحدة والعزلة: بقاء المسنّ لوحده معظم الوقت، تناقص فعاليته الاجتماعية بسبب فقدان الشريك أو الانفصال عنه، وتراجع النشاط الحركي بفعل المرض أو خسارة القدرة على القيادة.

3 - فقدان الاحساس بالقيمة: وقد يحدث ذلك بفعل التقاعد أو الإعاقات الجسدية التي تعيق المسنّ عن القيام بأفعال كانت تسرّه من قبل.

4 - المخاوف الشديدة من الموت أو الإفلاس أو المرض.

5 - الحزن بسبب فقدان أحد الأحبّة، مثل صديق أو قريب أو حتى حيوان ما[155].

لكن، وبحسب العلماء، قد تسبّب بعض المشكلات الطبية حدوث الاكتئاب لدى المسنين، إما مباشرة أو كردّة فعل نفسية على حدوث المرض الجسدي. وبالتالي أي مرض مزمن، خصوصًا إذا كان مؤلمًا أو مهددًا لحياة المسنّ، قد يؤدّي إلى الاكتئاب أو تزايد حدّة أعراض الاكتئاب لدى المسنّ، ومن هذه المشكلات الطبيّة نذكر ما يلي:

1 - مرض باركنسون

2 - مرض السرطان

3 - مرض القلب

4 - مرض السكري

5 - أمراض الغدة الدرقية

6 - الخرف والألزهايمر

7 - السكتة الدماغية

8 - الذئبة

9 - نقص حاد في مستويات فيتامينB12

10- مرض التصلّب المتعدّد[156]

وبالإضافة إلى ما تم ذكره سابقًا، فإن العلماء يؤكّدون إمكانية ظهور الاكتئاب لدى المسنّ كأثر جانبي لتناوله عقاقير أو أدوية ما، خصوصًا في الحالات التي يتناول فيها أدوية مختلفة في نفس الوقت. ومن المتعارف عليه أن معظم الأشخاص ينزعجون من تناول دواء بفعل إصابتهم بمرض ما، في حين أن المسنّ يظهر عادة حساسية أكثر تجاه هذا الأمر نظرًا لجسده الضعيف الذي تكون عملية الأيض فيه بطيئة إجمالًا. وبالتالي، لا بدّ أن يستشير المسنّ طبيبه إذا شعر أن أعراض الاكتئاب بدأت تظهر عليه، بعد تناوله عقارًا أو دواء ما. فباستطاعة الطبيب أن يستبدله بدواء آخر أو يخفّض من مستوى الجرعات إلى الحدّ الذي لا ينزعج فيه المسنّ قدر الإمكان[157].

ونعرض فيما يلي الأدوية التي قد تتسبّب بظهور أعراض الاكتئاب لدى المسنّ في حال تناولها:

- Blood pressure medication (e.g. clonidine)
- Beta - blockers (e.g. Lopressor, Inderal)
- High - cholesterol drugs (e.g. Lipitor, Mevacor, Zocor)
- Tranquilizers (e.g. Valium, Xanax, Halcion)
- Calcium - channel blockers
- Medication for Parkinson's disease
- Sleeping pills
- Ulcer medication (e. g. Zantac, Tagamet)
- Heart drugs containing reserpine
- Steroids (e.g. cortisone and prednisone)
- Painkillers and arthritis drugs
- Estrogens (e.g. Premarin, Prempro)

[158]● Estrogens (e.g. Premarin, Prempro)

ويحذّر العلماء من مسألة هامة جدًا، وهي تشخيص تقهقر القدرات العقلية لدى الإنسان على أنها إشارة طبيعية لبلوغه سن الشيخوخة، فقد يكون إما مؤشرًا على وجود أعراض اكتئاب لديه أو أعراض للخرف. ويعدُّ كل من هذين الاضطرابين شائعين لدى المسنين ويتشاركان في العديد من الأعراض، بما في ذلك مشاكل الذاكرة، بطء الحركة والكلام، وانخفاض الدافعية. وسنعرض فيما يلي أوجه نقاط الإختلاف بين اضطراب الاكتئاب واضطراب الخرف:

1 - يعاني المسنّ المكتئب من تدهور عقلي سريع، مقارنة بالمسنّ الذي يعاني من الخرف حيث يحصل التدهور العقلي لديه ببطء.

2 - يدرك المسنّ المكتئب الوقت بوضوح إضافة إلى اليوم والمكان، في حين يعاني المسنّ المصاب بالخرف من تشوّش واضح حيال هذه المؤشرات، وكثيرًا ما يتوه في أماكن مألوفة بالنسبة إليه.

3 - يعاني المسنّ المكتئب من صعوبة في التركيز، في حين يعاني المسنّ المصاب بالخرف من صعوبة في التركيز إضافة إلى فقدان قصير للذاكرة.

4 - تسير المهارات الحركية واللغة بشكل طبيعي ولكن ببطء لدى المسنّ المكتئب، في حين أنها معطلة لدى المسنّ المصاب بالخرف.

5 - يلاحظ المسنّ المكتئب مشكلات الذاكرة لديه ويكترث لهذا الأمر مباشرة، في حين لا يلاحظ المسنّ المصاب بالخرف وجود هذه المشكلات لديه، لا بل لا يكترث لها في حال تنبّه بطريقة ما إلى وجودها[159].

إن المسنّ لديه حساسية كبيرة تجاه الآثار الجانبية للأدوية والعقاقير النفسانية. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي استهلاك المسنّ لدواء الـ Prozacإلى ضرر كبير في بنية العظام في جسده إضافة إلى مخاطر التعرّض للكسور وحوادث السقوط. من أجل ذلك ينصح بمراقبة كميات الدواء التي يتناولها المسنّ باستمرار. في المقابل، يعتقد العلماء أن تغيير أسلوب حياة المسنّ وتشجيعه على الانخراط في نشاطات متنوعة مثل القراءة والرياضة له نفس مفعول العقاقير النفسانية ولكن من دون أي آثار جانبية، ومن شأنه أن يحسن من نوعية الحياة لديه[160].

الإرشاد والعلاج النفسي:

يعدُّ العلاج النفسي فعّالًا في التخلّص من أعراض الاكتئاب كونه يبحث في الأسباب المؤديّة إليه لا في الأعراض فقط. ونعرض هنا أهم الأساليب والتقنيات العلاجية المساعدة:

1 - الإرشاد التدعيمي: يساعد هذا النوع من الإرشاد (مثل الإرشاد الأسري والديني) المسنّ على التخلّص من حدة الشعور بالوحدة وفقدان الأمل بفعل الاكتئاب، وبالتالي مساعدته على إيجاد معانٍ وأهداف جديدة في الحياة (قدر المستطاع وبحسب عمره)[161].

2 - العلاج: ويساعد المسنّ على التخلص من تغيرات الحياة الضاغطة، تجارب الفقد والحزن، وتساعده أيضًا في التخلص من طرق التفكير السلبية واستبدالها بمهارات تكيفية.

3 - علاجات جماعية داعمة: وتساعد المسنّ في التصدي لمشاعر الحزن، الاكتئاب، المرض، التواصل مع المسنين الذين يعانون من حالات مشابهة. مثل هذه المجموعات العلاجية تشكل بيئة حاضنة وآمنة للمسنّ الذي يتشارك فيها مع الآخرين همومهم وخبراتهم ويحصل في المقابل على التحفيز والمساندة.

القلقAnxiety

تأتي كلمة قلق في أصلها من كلمة Angastia، وتعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إراديًا، نتيجة عدم قدرة الجسم على الحصول على مقادير كافية من الأوكسجين[162].

القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس، و يُعدُّ" فرويد Freud "رائد مدرسة التحليل النفسي من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس، ويرى البعض أن هذا المفهوم لم يشع استخدامه إلا عندما شاع في كتابات «فرويد»، حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان[163].

والقلق هو خبرةٌ انفعاليّةٌ غير سارّةٍ يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوفٍ أو تهديدٍ من شيء لا يستطيع تحديده تحديدًا دقيقًا، كما يُعرّف القلق على أنّه حالةٌ نفسيّةٌ تظهر على شكل توتّرٍ بشكلٍ مستمرٍّ نتيجة شعور الفرد بوجود خطرٍ يهدّده، وهذا الخطر قد يكون موجودًا فعلًا أو يكون مُتخيّلًا لا وجود له في الواقع.

أما أعراضه فتشمل التشتت وصعوبة التركيز، التعرّق الشديد أو تعرّق اليدين، والتنفّس السريع، إضافة إلى مُشكلات في العلاقات مع الآخرين، مشكلات في النوم، الإرهاق والتعب، الضعف والخمول، ومشكلات في الجهاز الهضمي[164].

ويعتبر القلق أحد الانفعالات النفسية التي قد تحول دون حدوث استجابات عقلية وبدنية سريعة، مما يؤدي إلى اختلال يؤثر في الحركات الإرادية، والذي يؤثر بدرجة واضحة في مستوى أداء الشخص[165].

وأشار عبد اللطيف فرج[166] إلى القلق بوصفه شعورًا عامًا بالفزع والخوف من شرّ مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، وهو استجابة لتهديد غير محدد يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة والمنبثقة من داخل النفس. وفي الحالتين يهيّئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد، فتتوتر العضلات ويتسارع النفس ونبضات القلب.

القلق النفسي قد يصيب المسنين أيضًا، فضغوط الحياة لا تقف عند حد أو سنّ معينة، ولا ترتبط فقط بضغوط العمل اليومية، فهناك ضغوط نفسية أشدّ أثرًا من ضغوط العمل. الفراغ الشديد الذى يعيشه فى تلك المرحلة من العمر، كذلك الإحساس بحالة من انعدام التأقلم مع الظروف الحياتية الجديدة، تشعره بانعدام القيمة. كما يعاني المسنّ أيضًا من نظرة المجتمع الجديدة إليه، والتى تراه شخصًا بلا قيمة حقيقية، وغير فعّال ومنتج، وغير قادر على إعالة نفسه ماديًا واجتماعيًا، ممّا يشعره باضطرابات نفسية كثيرة أهمها القلق[167].

وعرّفه أحمد عبد الخالق[168] بأنه شعور عام بالخشية، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع وتهديد مصدره غير معلوم، مع شعور بالتوتر، وخوف لامسوغ من الناحية الموضوعية، وغالبًا ما يتعلق بالمستقبل والمجهول.

إن القلق الشديد الذي يتسبّب بالانزعاج والضغوط الشديدة لا يعدّ جزءًا طبيعيًا من سيرورة التقدّم في العمر، وهو قد يؤدي في حال لم يخضع المسنّ للعلاج إلى العديد من المشكلات الصحية وانخفاض فعّالية نشاطات المسنّ اليومية. وفي دراسة حديثة نشرت في مجلةGeriatric Psychiatryالعالمية تبين أن أكثر من 27% من المسنين يعانون من أعراض القلق.

أما أكثر اضطرابات القلق شيوعًا فتتضمن: اضطراب الخواف (تحديدًا الخواف النوعي) Specific Phobias، واضطراب القلق العامGeneralized Anxiety Disorder ؛ في حين توجد اضطرابات أخرى أقل شيوعًا وهي: اضطراب الوسواس القهريObsessive

Compulsive Disorder، اضطراب الهلعPanic Disorder ، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder [169].

ونعرض فيما يلي أهم خصائص وأعراض هذه الاضطرابات:

اضطراب الهلع Panic Disorder

يتّصف هذا الاضطراب بحدوث نوبات هلعية أو مشاعر مفاجئة من الرعب، والتي تظهر من دون أي إنذار مسبق وبصورة مفاجئة. وتتضمن الأعراض الجسدية آلام الصدر، تسارع دقات القلب، ضيق التنفّس، الدوار، التلبك المعوي، والخوف من الموت. خلال النوبة، تزيد الأعراض الجسدية والنفسية بسرعة وعلى نحوٍ يشبه الموجة، ثم تهدأ ببطء. وعادة ما تستمر نوبات الهلع لمدة خمس إلى عشر دقائق، ولكنها قد تصل إلى ساعة تقريبًا في بعض الحالات. ويمكن أن تصيب نوبات الهلع أي شخص، فوجود خلل في التوازن الكيميائي الدماغي أو الهرموني أو التعرض للمخدرات أو الكحول أو الضغط النفسي أو قلة النوم أو الأحداث الظرفية الأخرى يمكن أن يسبّب هذه النوبات. ويذكر أن نوبات الهلع تكون أحيانًا في الحقيقة أعراضًا لبعض الحالات المرضية الأخرى، من ذلك: النوبات القلبية أو بعض مشاكل الجهاز التنفسي، كونها تسبّب أعراضًا مماثلة. لذلك، فقبل تشخيص اضطراب الهلع، ينبغي إجراء تقييم صحي شامل لضمان عدم وجود حالة طبيّة كامنة مسبّبة للأعراض[170].

اضطراب الوسواس القهري Obsesive Compulsive Disorder

هو اضطراب يتميّز بأفكار ومخاوف غير منطقية (وسواسية) تؤدي إلى تصرفات قهريّة. الأشخاص المصابون باضطراب الوسواس القهري يكونون، أحيانًا، واعين لحقيقة أن تصرفاتهم الوسواسية هي غير منطقية، ويحاولون تجاهلها أو تغييرها. لكن هذه المحاولات تزيد من احتدام الضائقة والقلق أكثر. وفي المحصلة، فإن التصرفات القهرية هي، بالنسبة إليهم، إلزامية للتخفيف من الضائقة. وقد يتمحور اضطراب الوسواس القهري، في أحيان متقاربة، في موضوع معين، كالخوف من عدوى الجراثيم مثلًا. فبعض المصابين باضطراب الوسواس القهري، ولكي يشعروا بأنهم آمنون، يقومون بغسل أيديهم بشكل قهري، إلى درجة أنهم يسبّبون الجروح والندوب الجلدية لأنفسهم. وعلى

الرغم من المحاولات والجهود المبذولة، إلا أن الأفكار المزعجة، الوسواسية - القهرية، تتكرّر وتواصل التسبّب بالضيق والانزعاج. وقد يؤدّي الأمر إلى تصرفات تأخذ طابع المراسم والطقوس، تمثل حلقة قاسية ومؤلمة تميز اضطراب الوسواس القهري[171].

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder

يتّصف هذا الاضطراب بجملة من الأعراض الدائمة التي تحصل بعد المرور بحادث صدمي قوي، مثل التعرض لعنف أو إساءة جنسية، كارثة طبيعية، أو أي حادث من شأنه أن يهدّد سلامة الشخص المصاب بهذا الاضطراب. أما الأعراض الشائعة والمعروفة فتتضمن الكوابيس، الاكتئاب، تبلّد المشاعر، سرعة الاستثارة، الشعور بالضيق، الانزعاج، أو الارتباك[172].

اضطراب الخواف Phobia

وهو عبارة عن خوف شديد غير مبرر من شيء لا يسبّب ضررًا حقيقيًا للشخص المصاب به، مما يدفعه إلى تجنب المواضيع والأمكنة التي تثير لديه مثل هذه المخاوف. مثل هذه المخاوف كفيلة بإعاقة تحركات الشخص ونشاطاته اليومية.

وتتضمن المخاوف الشائعة: الخوف من حيوانات معينة، الخوف من الأماكن الواسعة أو من المرتفعات، الخوف من قيادة السيارة، الخوف من الرعد أو البرق أو من الطيران[173].

القلق العام Generalized Anxiety Disoder[174]

وهو خوف مزمن ومبالغ فيه يتعلق بظروف حياة الشخص اليومية، ويستمر لمدة ستة أشهر على الأقل، وفيه يتوقع الشخص حصول الأسوأ على الرغم من عدم وجود دلائل على أن هناك خطبًا ما. ويترافق ظهور هذا الاضطراب مع مجموعة من الأعراض الجسدية مثل الإرهاق، ارتعاش الأطراف، التوتر العضلي، الدوخة، وأوجاع الرأس[175].

إن اضطرابات القلق عادة لا يتم فهمها جيدًا أو حتى التنبه إلى وجودها لدى المسنين كما هي الحال بالنسبة لاضطراب الاكتئاب، على الرغم من أن القلق من شأنه أن يعيق توافق المسنّ الاجتماعي والعاطفي والمهني أيضًا.

أما أهم العوامل التي قد تتسبّب بظهور أعراض القلق لدى المسنّ فهي على الشكل التالي:

1 - وجود أمراض مزمنة أو خطيرة مثل أمراض القلب، بما في ذلك أمراض الغدة الدرقية، السكري، الذبحة الصدرية، وعدم انتظام دقات القلب

2 - الشعور بالضعف العام وسوء الحالة الصحية للمسنّ

3 - اضطرابات النوم

4 - وجود آثار جانبية لتعاطي بعض العقاقير أو الأدوية (على سبيل المثال، مضادات الاكتئاب والمنشطات)

5 - سوء استخدام بعض الأدوية والإفراط في شرب الكحول

6 - وجود إعاقات جسدية

7 - أحداث حياتية ضاغطة

8 - أحداث، من مرحلة الطفولة، سيئة أو صعبة

9 - انشغال زائد بالصحة الجسدية[176]

تبقى الإشارة إلى أن اضطراب القلق يعدّ شائعًا في كل المراحل العمرية ومن الممكن معالجته في حال تمّ تشخيص الحالة بدقة. ولا بدّ من التنبه إلى إمكانية وجود أعراض قلق واكتئاب معًا لدى نفس الشخص مما يزيد الحالة سوءًا. لذلك لا بدّ من التنبّه إلى إمكانية معاناة المسنّ من أعراض القلق والإسراع إلى وضع خطة علاجية مناسبة.

العلاج الدوائيMedication

الأدوية لا تعالج اضطرابات القلق، بل تبقيها تحت السيطرة أثناء خضوع الشخص للعلاج، ويقترح الطبيب العقلي (سواء المختص أو غير المختص بعلاج المسنين) عادة هذا النوع من العلاجات. أما الأدوية الأساسية التي تستخدم في علاج اضطرابات القلق فهي: مضادات الاكتئاب ومضادات القلق وموانع بيتا(Betta Blockers) [177].

مضادات الاكتئاب Antidepressants

تستخدم هذه الأدوية في علاج معظم اضطرابات القلق وتعتمد طريقة عملها على تغيير كيمياء الدماغ. ويوصي الأطباء عادة مرضاهم بمتابعة تناول هذه الأدوية طالما أن الأعراض تبدأ بالاختفاء بعد 6 - 4 أسابيع من بدء تناولها، كي يظهر مفعولها بشكل جيّد. وتتضمن هذه المضادات: SSRIs - SNRIs - MAOIs [178].

مضادات القلق Anti - Anxiety drugs

ويتم وصفها في حالات العلاج الدوائي السريع أو قصير المدى. وتبيّن للعلماء فعالية دواء Buspironeفي علاج حالات المسنين، كما توجد أيضًا أدوية Benzodiazepines وهي مضادات أخرى للقلق ثبتت فعاليتها مع فئة المسنين، شرط أن يتم استخدامها بحذر ولوقت قصير لأن لها آثارًا جانبية، مثل فقدان الذاكرة والشعور بعدم التوازن والسقوط[179].

موانع بيتاBeta blockers

وهي مضادات للقلق تعمل على التخلص منه من خلال منع ظهور الأعراض الجسدية التي تظهر في كل أنواع اضطرابات القلق الأخرى[180].

العلاج النفسي

يتضمن العلاج النفسي جلسات يديرها معالج نفساني مختص يستمع خلالها إلى المريض الذي يتوجب عليه أن يبين الأسباب والعوامل التي سببت ظهور القلق لديه.

وكثيرًا ما يستخدم العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioural Therapyالذي يشرح من خلاله المعالج للمريض طرق تفكيره السلبية التي ولّدت لديه مشاعر القلق والخوف، إضافة إلى طرق مواجهتها والتغلّب عليها. وغالبًا ما يتم ذلك باتباع استراتيجيات تدخّل مختلفة مثل: طرق تقليل الحساسية المنظمSystematic Dysensitization ، التعرّضExposure ، الاسترخاءRelaxation ، واستراتيجيات معالجة المشكلاتProblem Solving Techniques . وما يميّز هذا العلاج هو أنه قصير المدى (يستغرق حوالي 12 جلسة أو أقل)[181].

كما رأينا سابقًا، يتضمن علاج اضطراب القلق لدى المسنين كلّا من العلاج الدوائي والعلاج النفسي، ولا بد للاختصاصي المعالج أن يتأكد في البداية من معاناة/عدم معاناة المسنّ من اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب أو الخرف. وفي حال كان المسنّ قد خضع لعلاج نفسي سابقًا، فمن الضروري معرفة الاضطراب، نوع العلاج المتّبع ومدى فعاليته، الأدوية التي سبق أن تناولها أثناء علاجه السابق وآثارها الجانبية عليه. ولا بدّ من إعادة التذكير بأن أعراض القلق غالبًا ما تتلازم مع

أعراض الاكتئاب حتى مع أفراد هذه الفئة العمرية (المسنين)، لذلك يتوجّب الفحص والتشخيص الدقيق منذ البداية.

وبدورنا نشير إلى أنه توجد بعض النصائح التي يمكن أن تخفّف من أعراض القلق لدى المسنّ في حال التزم بها، وهي على الشكل التالي:

1 - ممارسة الرياضة (قدر المستطاع) في حال لم يكن المسنّ مصابًا بأي إعاقة جسدية أو أي نشاط فيزيقي

2 - الابتعاد عن تناول الأدوية أو العقاقير أو المواد التي تحفز ظهور أعراض القلق، مثل الكافيين، النيكوتين، الكحول، الأعشاب التي توصف عادة على أنها بديلة عن أدوية معيّنة... إلخ

3 - عدم الإفراط في تناول الطعام

4 - الابتعاد عن الأحداث والأخبار السلبية قدر الإمكان

5ت المحافظة على شبكة علاقات اجتماعية (الأهل والأصدقاء) داعمة للمسن.

الخرف Dementia

يعاني الإنسان من صعوبات في الذاكرة كلّما تقدم في العمر، وهو أمر مربك ومزعج إلى حدّ كبير. ولكن من المفيد التمييز ما بين إشارات وأعراض الخرف من جهة، والتقدم في العمر من جهة أخرى. وبالتالي ما هو الخرف؟

يعدّ الخرف Dementia أحد اضطرابات الدماغ (أي أنه ليس اضطرابًا عقليًا)، ويتألّف من مجموعة من الأعراض التي تتضمن خسارة الذاكرة، تغيّر الشخصية، ووظائف عقلية معطّلة تنتج عن مرض أو صدمة تصيب الدماغ. ومثل هذه التغيّرات لا تعدّ جزءًا طبيعيًا من سيرورة التقدم في السن، كما أنها تؤثر في حياة المسنّ ودرجة استقلاليته وعلاقاته مع الآخرين. وفي حين يعدّ الألزهايمر Alzheimer شكلًا شائعًا من أشكال الخرف، إلا أنه توجد أشكال أخرى من هذا المرض: الخرف الوعائي Vascular Dementia والخرف المختلطMixed Dementia . ويتضمن اضطراب الخرف عادة تدهورًا في عملية التواصل، تدهورًا في التذكّر، وتدهورًا في القدرة على معالجة المشكلات. ومثل هذه التغيّرات قد تحدث بسرعة أو ببطء مع مرور الوقت.

وتجدر الإشارة إلى أن سيرورة تطوّر وآثار الخرف تختلف بحسب نوع الخرف والمنطقة المصابة في الدماغ[182].

وأعراض الخرف الشائعة:

1 - خسارة الذاكرة

2 - خلل في القدرة على إصدار الأحكام الصائبة

3 - صعوبات في التفكير المجرّد

4 - غياب المنطق في تفكير المسنّ

5 - التصرّف أو السلوك غير المناسب

6 - خسارة المهارات التواصلية

7 - خلل في التوجيه الزماني والمكاني

8 - مشكلات في التوازن الحركي

9 - إهمال الاهتمام بالأمور الشخصية والسلامة الذاتية للمسنّ

10 - هلوسات، عظام، وشعور بالإنزعاج المستمر .(Bender, 2003)[183]

ولنوضّح أكثر ما سبق ذكره، فإن المسنّ الذي يعاني من الخرف قد تظهر لديه صعوبة في التعرّف على اتجاهات الطرقات، يتيه في أمكنة مألوفة، يجد صعوبة في التعرّف على بعض الوجوه وتمييزها، يسأل نفس الأسئلة باستمرار حيال بعض الأمور، كما أنه يجد صعوبة في أداء بعض المهام الروتينية مثل دفع الضرائب.

ويصرّح العلماء بأن خسارة الذاكرة بطريقة حادة وسريعة أمر غير مألوف ولا يعدُّ مظهرًا طبيعيًا من مظاهر الشيخوخة. إن العديد من الأشخاص قادرون على المحافظة على طاقاتهم العقلية كلما تقدموا في العمر من خلال اتباع أساليب حياة صحية مثل ممارسة الرياضة، اتباع نظام غذائي مناسب وغير ذلك من الأنشطة. من أجل ذلك، يعزى العلماء أنه توجد تغييرات تطرأ بشكل طبيعي على ذاكرة المسنّ كلما تقدم به العمر، وهي على الشكل التالي:

1 - بطء في التفكير وحلّ المشكلات: تنخفض قدرة المسنّ على التعلم بسرعة وتنخفض فعالية ذاكرته قصيرة المدى

2 - انخفاض القدرة على الانتباه والتركيز: يعاني المسنّ من تشتت متزايد في الانتباه مما يجعل عملية التعلّم لديه أكثر صعوبة

3 - صعوبة في التذكّر: يعاني المسنّ من صعوبة في استرجاع بعض الذكريات مما يحتم على الآخرين مدّه بالمحفزات والإشارات التي تساعده على التذكر طوال الوقت[184].

وسنعمد بدورنا إلى توضيح أوجه الاختلافات بين التغييرات التي تطال الذاكرة في حالة التقدم في العمر)بشكل طبيعي) من جهة، وفي حالة الإصابة بالخرف من جهة أخرى على الشكل التالي:

التقدّم في العمر	أعراض الخرف
1 - يشكو المسنّ من خسارة الذاكرة لكنه يظل قادرًا على الإدلاء ببعض التفاصيل.	1 - يشكو المصاب الخرف من خسارة الذاكرة فقط في حال سأل عن موضوع ما، ولا يستطيع سرد أي أمثلة متعلقة به.
2 - قد يضطّر المسنّ إلى التوقف قليلًا في الشارع كي يتذكر الاتجاهات، إلا أنه لا يتيه في أمكنة مألوفة.	2 - يتيه المصاب بالخرف في أمكنة مألوفة ويستغرق وقتًا طويلًا للرجوع إلى المنزل.
3 - يتذكر المسنّ الأحداث المهمّة والأخيرة، ولا يعاني من صعوبات في التحدّث مع الآخرين.	3 - يخفق المصاب بالخرف في التحدّث مع الآخرين بشكل ملحوظ، ولا يستطيع تذكّر أحداث قريبة.
4 - تبقى المهارات التفاعلية والاجتماعية لدى المسنّ بنفس مستواها السابق.	4 - يفقد المصاب بالخرف اهتمامه بالنشاطات الاجتماعية وقد لا يحسن التصرّف في بعض الاجتماعات أحيانًا.

أسباب الإصابة بالخرف

قد تتقلص كتلة الدماغ وتقلّ سرعة عمله في مرحلة الرشد، إلا أن هذا العضو العجائبي يستمرّ في التحكّم بكافة الروابط والاتصالات الحيوية طيلة الحياة. ولكن عندما تضعف هذه الاتصالات بفعل الورم أو الإصابات، فإن الخلايا العصبية تموت تدريجيًا مما يتسبّب بظهور الخرف. وقد حاول العلماء الكشف عن مسبّبات الخرف، فأشاروا إلى إمكانية وجود عوامل وراثية، إلا أنهم يجمعون حاليًا على تضافر عدة عوامل: بيئية، وراثية، وأسلوب الحياة الذي ينتهجه المسنّ عمومًا[185].

وقد يتطوّر الخرف بفعل العوامل التالية:

1 - تعرّض المسنّ لمرض أو عدوى تؤثر على الجهاز العصبي المركزي مثل كروتزفيلد جاكوب Creutzfeldt Jakob أو مرض نقص المناعة.HIV

2 - صدمة أو إصابات متكرّرة يتعرّض لها الدماغ، وتبعًا لموقع الأذى الذي يتعرّض له الدماغ يتحدّد الأذى الذي قد يلحق بالمهارات المعرفية والذاكرة لدى المسنّ.

3 - الأمراض التي قد تصيب خلايا الدماغ، مثل الألزهايمرAlzheimer ، باركنسون Parkinson، أو هانتنغتون.Huntington

4 - السكتات الدماغية التي تمنع تدفق الأوكسجين وتحرم الدماغ من المواد الغذائية اللازمة.

5 - التغذية الفقيرة، التعرّض للجفاف، وتعاطي مواد مخدرة مثل الكحول والمخدرات[186].

أنواع الخرف Types of dementia

تتضمّن كل أنواع اضطراب الخرف تدهورًا معرفيًا يؤثر على الحياة اليومية للمسنّ، وبالتالي يتوجّب على المعالج أن يحدّد بدقّة نوع الخرف ليوصي بالعلاج المناسب. وتبقى الإشارة إلى أن الألزهايمر والخرف الوعائي هما النوعان الأكثر شيوعًا.

- **الألزهايمر Alzheimer**

وهو أكثر أنواع الخرف شيوعًا، وفي حال كانت أعراض الخرف ناجمة عن إصابة المسنّ بالألزهايمر، فإن العلاج الدوائي قد يؤخّر ظهور أعراض أكثر خطورة. ولم يتم التعرّف حتى الآن

على سبب يمكن أن يؤدّي بعينه إلى هذا المرض، ولكن نتيجة للأبحاث المستمرة التي يقوم بها العلماء أمكن التعرف على مجموعة من العوامل التي من الممكن أن تتشارك لتؤدّي في النهاية إلى هذا المرض. فما هو مؤكّد لدى العلماء أنه بمجرّد ظهور المرض يكون قد سبقته عملية موت وتحلّل طويلة تمتدّ لسنوات لخلايا المخ المسؤولة عن حفظ المعلومات واسترجاعها. ولوحظ أن فرصة ظهور المرض تصبح ضعفين أو ثلاثة عند الأشخاص الذين أصيب أحد والديهم أو أجدادهم أو أجداد أجدادهم بهذا المرض مقارنة بالأشخاص الطبيعيين. كما تمكن العلماء مؤخرًا من التعرّف على جين يُعتقد أنه يسبّب المرض، إلا أنه لم يتم التعرف عليه في كل الحالات، كما أن انتشار هذا الجين لا يتخطّى بضع مئات من العائلات حول العالم. ولهذا ما زال العلماء يعتقدون بأن هذا المرض ناشئ من تفاعل معقّد بين أسباب جينية وأخرى غير جينية. ويعدُّ التشخيص المبكر أول خطوة على طريق العلاج وتمكين المسنّ من الاستمتاع بحياته[187].

أما أعراض الألزهايمر فهي على الشكل التالي:

1 - فقدان الذاكرة: يشكل فقدان الذاكرة عنصرًا مسبّبًا لاضطراب الحياة اليومية للمسنّ، ويتضمن فقدان الذاكرة خسارة المعلومات المكتسبة حديثًا، أحداثًا أو تواريخَ مهمّة، إعادة السؤال عن نفس المعلومات مرارًا، والاعتماد على أفراد العائلة أو المفكّرات لاستعادة ذكرى حدث ما.

2 - صعوبة في معالجة المعلومات: يعاني المسنّ المصاب بالخرف من عدم القدرة على اتباع الخرائط، التعامل مع الأرقام، اتباع وصفات معينة، أو تسديد الضرائب المفروضة عليه.

3 - صعوبة القيام بأمور الحياة اليومية: يعاني المسنّ المصاب بالخرف من صعوبة قيادة سيارته إلى مكان مألوف، تذكر قواعد لعبة ما، أو إتمام مهام عمل ما.

4 - إخفاق واضح في إدراك الوقت أو الأمكنة: يعاني المسنّ المصاب من عدم القدرة على تحديد الأوقات، فصول السنة، أو التعرّف على الأمكنة.

5 - صعوبة فهم الصور المرئية: يعاني المصاب بالخرف من صعوبة واضحة في القراءة، تقييم المسافات، الألوان، الأضداد، وتمييز انعكاس صورته في المرآة.

6 - صعوبات في الكلمات المكتوبة أو المحكية: لا يستطيع المسنّ المصاب بالخرف، متابعة حديث أو حوار، إيجاد الكلمة الصحيحة، أو تسمية الأشياء بأسمائها.

7 - عدم وضع الأشياء في مكانها: غالبًا ما يضع المسنّ المصاب بالخرف الأشياء في غير أماكنها الاعتيادية، إضافة إلى عدم قدرته على تتبع الخطوات. كما أنه قد يتهم الآخرين بالسرقة.

8 - الحكم الضعيف: يعجز المصاب بالخرف عن اتخاذ القرارات الصحيحة، كما أنه يبذر أمواله بكثرة.

9 - الانسحاب من النشاطات المهنية والاجتماعية: لا يستطيع المسنّ المصاب بالخرف أن يتذكّر كيفية استكمال مشروع عمل ما أو هواية محببة إليه، كما أنه يتجنّب ممارسة الرياضة والمناسبات الاجتماعية.

10 - تبدلات المزاج: يعاني المسنّ المصاب بالخرف من الارتباك، الاكتئاب، الشك، الخوف، والقلق[188].

وتوجد ثلاثة أنواع لمرض الألزهايمر:

الألزهايمر المتأخّر: وهو النوع الشائع ويبدأ المرض عادة بعد سن الـ65.

الألزهايمر المبكر: وهو النوع الذي يبدأ بسن مبكرة، تحت سن الـ60. والمصابون به من المرضى يعانون عادة من أمراض عصبية أخرى.

الألزهايمر العائلي: وهو موروث ونادر جدًا، وعادة يصاب به الأشخاص في سن مبكرة جدًا حتى في عقدهم الرابع[189].

أما مراحل تطور هذا المرض فهي على الشكل التالي:

المرحلة الأولى: يبدأ المريض نسيان مواعيده ولا يتنبّه إلى مرور الوقت، ولا يتذكّر أحداث الماضي القريب. وفي نهاية المرحلة يميل إلى العزلة والانطواء ويتفوّه بجمل لا معنى محددًا لها وينسى الكثير من الكلمات التي يعرفها.

المرحلة الثانية :وتبدأ بعجز المريض عن القيام بأمور يدوية مثل شبك الأزرار، كما يجد صعوبة في فهم الكلمات، ويعاني من نوبات الغضب والإحباط.

المرحلة الثالثة: وتبدأ بعجز المريض عن القيام بما يقوم به الإنسان الطبيعي في دورة المياه، وتنتهي بأن يصبح عاجزًا عن فعل أي شيء من دون مساعدة الآخرين. وتكون هذه المرحلة

الأصعب بالنسبة لمريض الألزهايمر[190].

وينصح العلماء عادة باتباع الخطوات التالية في التعامل مع المصاب بمرض الألزهايمر:

بداية، يجب على كل فرد من أفراد العائلة، أن يهتم بالمريض وأن لا يلقي بهذه المهمة على عاتق شخص واحد. ويفضّل في بداية التشخيص أن يعرف كل فرد من أفراد العائلة معنى مرض الألزهايمر، وتنبيههم على مسألة مهمة ألا وهي أن الحالة النفسية للمريض، تتبدل ما بين الاكتئاب والهيجان في بعض الأحيان. أيضًا، ينصح بأن يزور المريض، أولاده والأصدقاء المقربين، ولكن لا ينصح العلماء بكثرة زيارة الأشخاص الذين لا يعرفهم جيدًا ولا تربطه بهم علاقة قوية. ويفضّل أن تكون الزيارات من قبل الأقارب قصيرة حتى لا يتعب المريض ذهنيًا.

من ناحية أخرى، يؤثر هذا المرض على منطقة التخاطب بالدماغ، فيواجه المريض في البداية صعوبات في إكمال الجملة، العثور على الكلمة المناسبة، وأحيانًا صعوبة في فهم الكلمات التي توجّه إليه، كما أنه قد يعيد السؤال عدة مرات أو لا يوفّق في استخدام بعض الكلمات. ويلاحظ أيضًا أن طلاقة المريض وقدرته على التخاطب تتغيّر من فترة لأخرى، ففي بعض الأحيان تكون جيدة وفي بعض الأحيان تكون متردية، وهذا الأمر كثيرًا ما يحدث في السنوات الأولى من المرض. لذلك يفضّل استخدام لغة الإشارة البسيطة مثل الابتسامة وهزّة الرأس والتخاطب بالعين فهذا يسهّل على المريض فهم المقصود والمراد. وعندما يتكلّم مريض الخرف أو يحكي حكاية حتى لو كانت مكرّرة عشرات المرات، يفضل الاستماع إليه والانصات والابتسام له مما يساعد كثيرًا على تحسّن حالته النفسية[191].

أيضًا يوصي العلماء باستخدام الكلمات اللطيفة مع المصاب بالخرف والابتعاد عن الكلمات الجافة التي تجرح مشاعره وخصوصًا في السنوات الأولى عندما يكون المريض على شيء من الوعي بمشكلته، لأن جرح مشاعره قد يصيبه بالاكتئاب. وعلى المحيطين به أن يستبعدوا عوامل الإزعاج والضجيج من غرفته، وخاصة الراديو والتلفزيون. ولا يتوجّب الكلام عن المريض مع الآخرين بوجوده، فقد يتعرّف المريض على بعض الكلمات ويفهمها، وفي حال أراد المريض أن يجد الكلمة المناسبة ولم يستطع فيتردّد بالكلام، يجب مساعدته من خلال اقتراح بعض الكلمات أو إعطائه خيارات يختار منها أو إعطائه قلمًا لكي يكتب ما يريد قوله. ويجب التنبّه إلى أن مريض الألزهايمر عندما تصبح ذاكرته ضعيفة، قد يعيد السؤال مرّات كثيرة حتى لو تمت الإجابة عنه، وفي مثل هذه الحالة يفضّل أن يجاب مرّة أو مرّتين، ثم العمل على تغيير الموضوع بحيث لا يتعب المريض من تكرار السؤال. وعندما يقول المريض كلامًا أو يقول قصّة غير حقيقية يختلقها هو أو

معلومة غير صحيحة، لا يجب محاولة تصحيح الكلام له أو مجادلته في صحة الموضوع، يكفي عندئذ الابتسام أمامه ثم تغيير الموضوع لإنهاء الوضع.

التشخيص بمرض الخرف في المراحل المبكرة صعب جدًا على العائلة وعلى المريض ما دام واعيًا، لذلك من المفضّل دائمًا عدم مواجهة المريض بتشخيصه مثل قول" لديك خرف أو مرض الألزهايمر»، بل يجب دائمًا تبسيط الأمر بمعلومات بسيطة مثل قول «لديك مشكلة بسيطة في الذاكرة»، دون مواجهته بحقيقة التشخيص لأن هذا لا يغيّر من مجرى الأمور، بل قد يزيد الأزمة النفسية للمريض[192].

وللمساعدة على التمييز بين مرض الألزهايمر والأسباب الأخرى لفقدان الذاكرة، عادةً ما يعتمد الأطباء على الأنواع التالية من الاختبارات:

1- فحص عصبي وبدني:

يجري الطبيب فحصًا جسديًا، ومن المرجح أن يتحقق من الصحة العصبية العامة عن طريق اختبار كل من:

- ردود الأفعال
- توتر العضلة وقوتها
- القدرة على النهوض عن الكرسي والسير في أرجاء الغرفة
- حاسة الرؤية والسمع
- التنسيق
- التوازن

2 - اختبارات المختبر

قد تساعد اختبارات الدم الطبيب على استبعاد الأسباب المحتملة الأخرى لفقدان الذاكرة والارتباك، مثل اضطرابات الغدّة الدرقية أو نقص الفيتامينات.

3 - الاختبارات النفسية العصبية

يجري الطبيب اختبار الحالة العقلية للتعرّف على قوة الذاكرة وبقيّة المهارات الذهنية للمسنّ. كما قد يقترح الطبيب إجراء العديد من الاختبارات لقياس قوة الذاكرة والقدرة على التفكير. وتوفّر الاختبارات النفسية - العصبية العديد من التفاصيل الخاصة بوظائف المريض العقلية بعد مقارنتها بوظائف من يشبهونه في العمر والمستوى التعليمي.

4 - تصوير الدماغ

تستخدم صور الدماغ حاليًا وبشكل رئيسي لتحديد اضطرابات الرؤية ذات الصلة بحالات مرضية أخرى غير مرض الألزهايمر، مثل السكتات الدماغية أو الصدمات أو الأورام، والتي قد تتسبّب في حدوث تغيّرات إدراكية. فبفضل تطبيقات التصوير الحديثة المستخدمة حاليًا بشكل رئيسي في المراكز الطبية أو في التجارب السريرية، قد يتسنّى للأطباء اكتشاف بعض تغيّرات الدماغ التي يسببها مرض الألزهايمر.

وتتضمن تقنيات تصوير الدماغ ما يلي:

- التصوير بالرنين المغناطيسيMRI)): يستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي موجات الراديو ومجالًا مغناطيسيًا قويًا لإنتاج صور مفصّلة للمخّ. ويستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي لاستبعاد الحالات المرضية الأخرى التي قد تتسبّب في ظهور الأعراض الإدراكية أو تضاف إليها. بالإضافة إلى ذلك، قد يستخدم لفحص ما إذا حدث انكماش في مناطق الدماغ المتأثرة بمرض الألزهايمر.

- التصوير المقطعي المحوسبCT)): ينتج التصوير المقطعي صورًا (شرائح) مقطعية للدماغ. ويستخدم حاليًا بشكل رئيسي لاستبعاد وجود الأورام والسكتات الدماغية وإصابات الرأس.

- التصوير المقطعي بالإصدار البوزيترونيPET)): أثناء عملية التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني، يتم حقن المريض في الوريد بمادة إشعاعية كاشفة. قد تكون المادة الكاشفة مركبًا خاصًا من الجلوكوز (السكر) يظهر النشاط ككل في مناطق مختلفة من الدماغ. في الواقع، إن تقنيات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني الجديدة قادرة على اكتشاف مستويات اللويحات (الأميلويد) والتشابكات (التاو) بالدماغ، وهما نوعان من الاضطرابات التي تعدّ علامات مميزة

مرتبطة بوجود الألزهايمر. ومع ذلك، فإن تقنيات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني الجديدة هذه توجد بشكل عام في إعدادات البحث أو في التجارب السريرية.

- السائل النخاعي: في حالات خاصة مثل الخرف التقدمي السريع أو الخرف المبكر جدًا، يمكن إجراء فحص السائل الدماغي النخاعي. ويمكن اختبار سائل النخاع الشوكي للكشف عن المؤشرات الحيوية التي تشير إلى احتمال الإصابة بمرض الألزهايمر[193].

العلاج

• العلاج بالعقاقير

يمكن أن تساعد أدوية علاج الألزهايمر الحالية في الأعراض الخاصة بالذاكرة والتغيّرات الإدراكية الأخرى لفترة من الزمن. ويستخدم الآن نوعان من العقاقير لعلاج الأعراض الإدراكية، وهما:

- **مثبطات إنزيم الكولينستراز:** تعمل هذه الأدوية عن طريق تعزيز مستويات التواصل بين الخلايا من خلال توفير ناقل عصبي (أسيتيل كولين) والذي يتم استنزافه في الدماغ عن طريق مرض الزهايمر، وعادة ما يكون التحسّن بسيطًا. كما يمكن أن تحسّن مثبطات إنزيم الكولينستراز من الأعراض العصبية النفسية، مثل التهيّج أو الاكتئاب أيضًا. وتتضمن أكثر مثبطات إنزيم الكولينستراز التي يصفها الطبيب من دونيبيزيل (آريسيبت) وجالانتامين (رازادين) وريفاستيجمين (إكسيلون)، آثارًا جانبية مثل: الإسهال والغثيان وفقدان الشهية واضطرابات النوم. وقد يعاني الأشخاص المصابين باضطرابات التوصيل القلبي، من الآثار الجانبية الخطيرة مثل، بطء معدّل ضربات القلب وانسداد القلب.

- **ميمانتين (ناميندا):** ويعمل هذا العقار في شبكة تواصل خلايا دماغية أخرى ويبطئ ظهور الأعراض مع مرض الألزهايمر البسيط إلى الشديد. أحيانًا يُستخدم مع مثبطات إنزيم الكولينستراز، وقد تتضمن الآثار الجانبية الإمساك والدوخة والصداع. ويتم أحيانًا استخدام أدوية أخرى مثل مضادات الاكتئاب للمساعدة في السيطرة على الأعراض السلوكية المرتبطة بمرض الألزهايمر. ولكن ينبغي استخدام بعض الأدوية بحذر شديد، فعلى سبيل المثال، قد تزيد بعض أدوية اضطرابات النوم الشائعة - زولبيديم (أمبين) وإسزوبيكلون (لونيستا) وغيرهما - من الشعور بالارتباك وخطر حالات السقوط[194].

- **الخرف الوعائي Vascular Dementia**

يتسبّب في ظهور هذا الاضطراب مجموعة من السكتات الدماغية أو التغييرات التي تطرأ على مخزون الدم في الدماغ. ويؤثر هذا النوع من الخرف على الذاكرة والنشاط المعرفي، إلا أنه توجد طرق للتخفيف أو القضاء على شدّته[195].

- **الخرف المختلط Mixed Dementia**

وهي الحالة التي يحدث فيها كل من الألزهايمر والخرف الوعائي تباعًا في السنوات المتقدمة من حياة المسنّ، ويستدلّ على وجوده من خلال مرض القلب وأعراض الخرف التي تزداد سوءًا وببطء مع مرور الوقت[196].

أما أشكال الخرف الأقل شيوعًا فهي:

Frontotemporal Dementia:

يتطوّر هذا المرض في السنوات المبكرة من عمر الأشخاص، ويؤثر على الشخصية والسلوك وهو يصيب الإناث أكثر من الذكور.

Creutzfeldt – Jakob:

يتطوّر هذا الاضطراب بشكل سريع مصحوبًا بخلل معرفي وحركات لاإرادية.

Huntington:

هو مرض وراثي تطوري يظهر في أواسط عمر الأشخاص، ويتسبّب في حدوث حركات لاإرادية.

Parkinson Dementia:

يتطوّر في المراحل الأخيرة من مرض باركنسون، ويعدّ بمثابة اضطراب تطورّي في الجهاز العصبي المركزي.

Levvy Body Dementia:

يتسبّب هذا المرض بأعراض شبيهة بأعراض مرض الألزهايمر. ويعاني المصاب به من هلوسات قد تصبح مخيفة بالنسبة إليه مع مرور الوقت[197].

ويشير العلماء أيضًا إلى وجود مرض الخرف المبكرMild Cognitive Impairment ، ويتضمّن هذا المرض مشاكل في الذاكرة، اللغة، ونشاطات معرفية أخرى. لكن وعلى خلاف المصابين بالخرف الكامل، فإن هؤلاء المرضى قادرون على القيام بأنشطة الحياة اليومية من دون الاستعانة بأحد. ويلاحظ أن أغلبية المصابين بهذا الاضطراب تظهر عليهم أعراض مرض الألزهايمر لاحقًا أو نوع آخر من أنواع الخرف، في حين قد يشفى البعض الآخر منه. ولم يستطع العلماء تفسير هذه الظاهرة، ولكنهم يؤكّدون على أنه كلّما كانت درجة الخلل في الذاكرة كبيرة، كلّما كانت هناك خطورة أكبر لتطوّر مرض الألزهايمر.

وأهم أعراض الخرف المبكر هي ما يلي:

1 - خسارة متكررة لبعض الأغراض أو وضعها في غير أماكنها الاعتيادية

2 - فقدان تدريجي في الذاكرة فيما يتعلق بالمحادثات والمواعيد

3 - صعوبة في تذكر أسماء أشخاص جدد

4 - صعوبة في متابعة سياق محادثة ما

ويشير العلماء إلى أنه عندما تظهر أعراض الخرف فجأة، لا بدّ من طلب الاستشارة والمعاينة الطبية والنفسية المباشرة، لأن التدخل المبكّر من شأنه التخفيف من حدّة الأعراض والسيطرة عليها[198].

إن عادات الحياة الصحية قد تمنع ظهور مرض الخرف بمجمله أو على الأقل تأخير ظهوره. نوضّح بدورنا هذا الأمر من خلال الخطوات التالية التي ننصح باتباعها للمحافظة على سلامة الدماغ وفعاليته:

1 - القيام بنشاطات رياضية بشكل روتيني للتخفيف من مخاطر الإصابة بالخرف، وهو أمر أكدته العديد من الدراسات.

2 - المشاركة في النشاطات الاجتماعية بشكل فعّال، وخصوصًا التفاعل الذي يتم وجهًا لوجه، فإن من شأنه تقوية وتعزيز الذاكرة لدى المسنّ.

3 - اتباع نظام غذائي متوازن وتناول الأطعمة التي تمدّ الدماغ بالغذاء المناسب أمر أساسي من شأنه التخفيف من فرص الإصابة بالأورام، والمحافظة على الخلايا العصبية وتحسين نوعية الإتصال ما بين خلايا الدماغ.

4 - التحفيز العقلي من خلال الاستمرار في محاولة تعلّم أمور جديدة، الأمر الذي يعد بمثابة تمرين /رياضة للدماغ، مما يقوي المهارات المعرفية لدى المسنّ.

5 - النوم لساعات كافية وبطريقة مريحة من شأنه أن يساعد الدماغ على طرد السموم التي تنتجها خلاياه.

6 - التحكّم بالضغوط باستمرار وعدم السماح لها بالسيطرة على حياة الشخص لأنها تعمل على تقليص جزء الدماغ المخصص للذاكرة، مما يعرقل نموّ الخلايا العصبية ويزيد أعراض الخرف سوءًا مع مرور الوقت.

تبقى الإشارة إلى أنه لا يوجد حاليًا علاج شاف لمعظم أشكال الخرف، ولكن بعض الأدوية قد تخفّف من حدة الأعراض. إن تقديم الدعم والمؤازرة للمصاب بالخرف بالغ الأهمية، كما أن مساعدة الأهل والأصدقاء ومُقدّمي العناية سيؤدّي إلى إحداث فارق إيجابي كبير في مجال التحكّم بالحالة.

● قدان الذاكرة Amnesia

وهو اضطراب عصبي يتّصف بعدم قدرة الشخص على استرجاع المعلومات الموجودة في ذاكرته، وعدم قدرته على حفظ معلومات جديدة. كما أن الشخص يصبح في هذه الحالة عاجزًا عن تصوّر المستقبل لأن أي سيناريو يمكن أن يتخيّله الشخص عن مستقبله، يرتكز إجمالًا على ذكريات تتعلق بتجارب ماضية[199].

وتوجد أنماط مختلفة من فقدان الذاكرة، وفيما يلي لائحة بأكثر الأنماط شيوعًا:

1 - فقدان الذاكرة المتقدم Anterograde Amnesia:

يتّصف هذا النوع من فقدان الذاكرة بعدم قدرة الشخص على تذكّر معلومات جديدة، وبالتالي فإن الأمور التي لم يمض وقت طويل على حدوثها والمعلومات التي يجب أن تخزن في الذاكرة قصيرة المدى تختفي. ويحدث هذا الاضطراب عادة بسبب صدمة يتعرض لها الدماغ (ضربة على الرأس)، إلا أن الشخص يستطيع تذكر الأمور التي حدثت قبل الإصابة[200].

2 - فقدان عابر وشامل للذاكرة Transient Global Amnesia :

يتّصف هذا الاضطراب بفقدان شامل ولكن مؤقت للذاكرة، وفي الحالات القصوى منه يعجز المصاب به عن تكوين ذكريات جديدة. هذا الاضطراب نادر الحدوث، إلا أنه شائع لدى المسنين خصوصًا الذين يعانون من أمراض الأوعية الدموية[201].

3 - فقدان الذاكرة الصدمي Traumatic Amnesia:

يصيب هذا النوع من اضطراب فقدان الذاكرة الشخص الذي يتعرّض لضربة قوية في رأسه كما في حادث السيارة، ويعاني على أثرها من غيبوبة قصيرة تعتمد مدتها على شدة الضربة[202].

4 - ذهان فيرنيك كورساكوف Wernicke - Korsakoff’s Psychosis:

يحدث هذ الاضطراب بسبب إفراط الشخص المصاب بشرب الكحول مما يؤدي إلى خسارة تدريجية في الذاكرة، وقد يحدث بسبب معاناته من مشاكل عصبية مثل فقدان الإحساس بأصابع اليدين والرجلين، أو سوء التغذية وخصوصًا نقص حاد في فيتامين(B1) [203].

5 - فقدان الذاكرة الهستيري Hysterical or Dissociative Amnesia:

يعاني المصاب بفقدان الذاكرة الهستيري من صعوبة تذكر هويته (من يكون) وماضيه، فقد يستيقظ يومًا مع شعور مفاجئ بأنه لا يعرف من يكون. كما أنه لا يدرك صورته في المرآة، بطاقة الهوية الشخصية، رخصة قيادة السيارة... إلخ. وقد تعود الذاكرة إليه إما ببطء أو فجأة خلال أيام، إلا أنه يعجز عن استرجاع ذكريات الحادث الصدمي[204].

6 - فقدان الذاكرة الطفولي Childhood Amnesia:

يتسبّب فقدان الذاكرة الطفولي من عدم قدرة المصاب به على استعادة ذكريات تعود إلى مرحلة طفولته المبكرة، وقد يحدث هذا الاضطراب بسبب مشكلة في تطور اللغة لديه، أو بسبب عدم نموّ كاف في مناطق الدماغ المختص عملها بالذاكرة[205].

7 - فقدان الذاكرة التالي للتنويمPosthypnotic Amnesia :

يتّصف هذا الاضطراب بعدم قدرة الشخص على تذكّر الأحداث التي تحصل أثناء جلسة التنويم[206].

8 - فقدان ذاكرة المصدر Source Amnesia:

يستطيع الشخص المصاب بهذا النمط من اضطرابات فقد الذاكرة تذكر الأحداث والمعلومات، إلا أنه لا يستطيع تذكر مصدر هذه الأحداث[207].

9 - فقدان ذاكرة الوجوه Prosopamnesia:

يعاني الشخص المصاب بهذا الاضطراب من عدم القدرة على تذكّر وجوه الأشخاص أو التعرّف عليها، وغالبًا ما يصاب به منذ الولادة أو لاحقًا في حياته[208].

● الأعراض Symptoms

1 - فقدان القدرة على تعلّم معلومات جديدة كما في نمط فقدان الذاكرة المتقدّمRetrograde Amnesia.

2 - فقدان القدرة على تذكّر الأحداث الماضية والمعلومات التي سبق أن اكتسبها الشخص، كما في اضطراب فقدان الذاكرة المتقدّم.

3 - قد يحدث أن يتذكّر الشخص ذكريات إما أن تكون من نسج خياله بشكل كلي أو تكون حقيقية ولكنها تفتقر إلى الدقة من حيث البعد الزمني، وتدعى هذه الحالة.Confabulation

4 - حركات غير مترابطة تدلّ على وجود مشاكل عصبية.

5 - تشوّش أو ارتباك معرفي.

6 - مشاكل في الذاكرة قصيرة المدى، ينتج عنها خسارة جزئية أو كليّة للذاكرة.

7 - العجز عن تمييز الأمكنة والوجوه لأشخاص مألوفين في حياة الشخص المصاب بفقدان الذاكرة[209].

في الواقع، لا بدّ من لفت الانتباه إلى أن اضطراب فقدان الذاكرة Amnesia يختلف عن اضطراب الخرفDementia ، فالخرف يتضمّن فقدان الذاكرة، إضافة إلى مشاكل في الوظائف المعرفية لدى الشخص، والتي من شأنها أن تعيق قدرته على القيام بنشاطاته اليومية.

الأسباب

يعتقد العلماء بأن أي مرض أو أذى يلحق بالدماغ سيؤثر بطريقة أو بأخرى على الذاكرة، سيما وأن الجزء المتعلق بالذاكرة في الدماغ مرتبط بباقي الأجزاء.

ومن المعروف أن الضرر الذي يلحق بأجزاء الدماغ التي تشكل الجهاز الحوفيLimbic System[210] مثل الغدّة المهادية Thalamus وغدّة قرن آمونHippocampus ، قد تؤدّي إلى الإصابة بفقدان الذاكرة[211].

وبدورنا نعود ونشير إلى أهمية التشخيص الدقيق، فقد يتسبّب فقدان الذاكرة باضطرابات أخرى مثل الخرف، الاكتئاب، أو ورم دماغي ما. وفي حال أراد الاختصاصي سؤال المريض عن بعض الأعراض ووجد أنه يعجز عن تذكّر أي تفاصيل أو معلومات مهمة، فإن بإمكانه الاستعانة بأحد أفراد عائلته (أي المريض)، على أن يحصل على موافقة المريض بذلك مسبقًا.

العلاج

أثبت العلماء أن معظم حالات اضطراب فقدان الذاكرة تشفى لوحدها من دون أي تدخل علاجي إلا في الحالات التي ينجم فيها فقدان الذاكرة عن اضطراب فيزيولوجي أو اضطراب عقلي.

ويساعد العلاج النفسي بعض المرضى من خلال تقنية التنويم المغناطيسي التي تساعدهم على استعادة بعض الذكريات. أيضًا الدعم العائلي يعتبر فعّالًا، إضافة إلى استخدام الصور، الروائح، الموسيقى وغيرها من الأمور التي تلعب دور الكلمات المفتاحية التي تذكّر المريض ببعض الأحداث. وغالبًا ما يتضمّن العلاج استراتيجيات وتقنيات لمساعدة الشخص على التعويض عن مشكلات الذاكرة لديه.

ونشير إلى الخطوات التالية التي من الممكن أن تتضمنها تلك التقنيات:

1 - استخدام العلاج الانشغالي لمساعدة المريض على اكتساب معلومات جديدة بدل الذكريات الضائعة أو العمل على الاستفادة من الذكريات الحالية كأساس لاكتساب معلومات جديدة.

2 - تعلّم استراتيجيات جديدة لتنظيم المعلومات، من شأنها أن تسهّل عملية تخزين المعلومات.

3 - استخدام الأجهزة الرقمية لمساعدة المريض (مثل الهواتف الذكية) على تذكّر الأمور التي يجب أن يقوم بها، مثل موعد ما أو تناول الدواء.

ويجمع العلماء على عدم وجود دواء حاليًا من شأنه أن يعيد ذاكرة الشخص الضائعة بفعل إصابته باضطراب فقدان الذاكرةAmnesia . من جهة أخرى، قد تساهم التغذية الجيدة المدعمة بالفيتامينB1 ، في التعويض عن النقص الحاصل في (الثيامين) كما هي الحال مع اضطراب Wernick - Korsakoff's syndrome[212].

● اضطرابات النوم Sleep Disorders

غالبًا ما يرتبط التقدّم في العمر بشكاوى متعلّقة بصعوبات في النوم[213]. وقد وجد الباحثون أن عددًا من التغيّرات الطبيعية التي تطال النوم تحدث مع التقدّم في العمر والتي بدورها قد تفسّر حقيقة هذه الشكاوى[214]. وفي الواقع توجد العديد من العوامل التي تسبّب حدوث صعوبات النوم لدى عدد كبير من المسنين، بما في ذلك اضطرابات النوم المعروفة، الاضطرابات العقلية والجسدية، واضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية في الجسم. فمع التقدّم في العمر ينام المسنون لفترات زمنية أقل من الراشدين الأصغر سنًا على الرغم من بقائهم في أسرتهم لفترات أطول، ويبقون مستيقظين أثناء الليل لفترة أطول. كما أن المسنين يأخذون أقساطًا من الراحة والنوم خلال النهار، أكثر من الراشدين اليافعين ويستيقظون باكرًا في النهار. من جهة أخرى، أظهرت الدراسات أنه وبعد عمر الستين تقلّ فعاليّة النوم مع التقدّم في العمر، وغالبًا ما ينام المسنّون بطريقة متقطّعة، كما يظهر من خلال عدد مرات الاستيقاظ والانتقال من مرحلة نوم إلى أخرى[215]. في الواقع، إن حاجة المسنين إلى النوم لا تقلّ مع التقدم في العمر، إنما قدرتهم على النوم هي التي تقلّ، ولدى قياس العلماء لمعدلات ساعات نوم المسنين أثناء النهار، تبيّن أنها مرتفعة مقارنة بمعدلات ساعات النوم لدى الراشدين اليافعين، الأمر الذي يفسّر صعوبة استغراق المسنين في النوم ليلًا[216].

وأظهرت الأبحاث أن النوم غير الكافي يؤدّي إلى إرتفاع حالات المرض الخطيرة والموت في بعض الأحيان. ومن المعلوم أن أعراض الاكتئاب والقلق وانخفاض نوعية الحياة تظهر عادة لدى الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في النوم. أما بالنسبة للمسنين، فإن مشكلات النوم ترتبط بازدياد حوادث السقوط، صعوبة التوازن، وضعف البصر حتى بعد خضوعهم إلى العلاج الدوائي[217]. وبالتالي فإن صعوبات النوم المزمنة وقلّة النوم قد تؤدّي إلى تراجع في الفعاليات التالية: الانتباه، الذاكرة، زمن الاستجابة، ومستوى الأداء. كما أن عدم الحصول على ساعات نوم كافية ترتبط بإرتفاع مخاطر الموت[218].

ونعرض اضطرابات النوم فيما يلي:

1 - الأرق Insomnia :

يعتبر الأرق أكثر اضطرابات القلق انتشارًا لدى المسنين، ويعرّف عادة على أنه عدم القدرة على البدء بالنوم أو الاستغراق فيه، مما يؤدّي إلى ظهور آثار جانبية على الشخص في اليوم التالي. وتتراوح الشكاوى (التي غالبًا ما تكثر لدى الإناث مقارنة بالذكور) ما بين الصعوبة في البدء بالنوم، الاستغراق فيه، وصولًا إلى الاستيقاظ المتكرّر في الصباح. ويعدّ الأرق بمثابة اضطراب النوم الأساسي، ومن المهم عند تشخيص حالة مسنّ أنه يعاني من اضطراب الأرق، الانتباه إلى مسألة أساسية ألا وهي إمكانية وجود أعراض الأرق ضمن مرض أو اضطراب آخر يعاني منه مثل الاكتئاب، السرطان، قصور القلب، والسكتة الدماغية[219].

وبالإضافة إلى هذه الاضطرابات، فقد تتسبّب العديد من الأدوية المستخدمة في علاجها بصعوبات في النوم، مثل مضادات الاكتئاب، مدرّات البول، موسّعات القصبة الهوائية، الستيرويدات القشرية، ومزيلات الاحتقان. من جهة أخرى، أظهرت الأبحاث فعّالية العلاج السلوكي، خصوصًا العلاج المعرفي السلوكيCognitive Behavioral Therapy ، أكثر من العلاجات الدوائية التي تتسبّب في كثير من الأحيان بظهور آثار جانبية سلبية لدى المسنّ، مثل مضادات الاكتئاب، مضادات الذهان، ومضادات الهيستامين[220]. وتوجد حاليًا أدوية حديثة أثبتت فعّاليتها مع المسنين، وبالإمكان استخدامها فهي آمنة إلى درجة كبيرة، مثال: Nonbenzodiazepines – Eszopiclone – Zaleplon – Zolpidem[221].

يبقى التأكيد على فعّالية دمج العلاجات الدوائية مع العلاجات السلوكية للحصول على علاج طويل الأمد، خصوصًا وأن مفعول العلاجات الدوائية قصير الأمد عادة مقارنة بالعلاجات النفسية (CBT)التي يدوم أثرها لمدة أطول[222].

2 - اضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية للنومCircadian Rhythm Sleep Disorders

تتحكّم الساعة البيولوجية الموجودة في الغدّة النخامية بدورة النوم - الاستيقاظ لدى البشر، وبالتالي يتطوّر اضطراب النوم عندما لا ينتظم إيقاع ساعة النوم البيولوجية زمنيا مع العوامل البيئية الخارجية (سطوع الشمس وضوء النهار). وينتج هذا الاضطراب بفعل عدة عوامل منها انخفاض إفراز الميلانين أثناء الليل، بفعل التقدم في العمر مما يساهم في إضعاف إيقاع الساعة البيولوجية. أيضًا يضعف جهاز تنظيم دقات القلب مع التقدم في العمر، مما ينجم عنه إيقاع ضعيف في عمل الساعة البيولوجية المختصة بوظيفة النوم[223].

وتعدُّ متلازمة مرحلة النوم المتقدمة Advanced Sleep Phase Syndrome مثالًا شائعًا عن هذا النمط من اضطرابات النوم، الذي يزداد انتشاره لدى الفئات المسنة المتقدمة في العمر. ويتميّز اضطراب متلازمة مرحلة النوم المتقدمة بأوقات نوم واستيقاظ روتينية وغير إرادية تحدث لعدة ساعات أبكر من المتعارف عليه عادة في المجتمع. فالمصابون بهذا الاضطراب يشعرون بالنعاس في بداية المساء ويستيقظون باكرًا في الصباح، بغض النظر عن الوقت الذي ذهبوا فيه إلى النوم مساء. وبدورهم يؤكّد العلماء على أن هذه الحالة لا تعدُّ مرضية وهي بالتالي ليست بحاجة إلى علاج (الأمر الذي يجب توضيحه للأشخاص الذين يعانون منها) طالما أن المصابين بها يحصلون على ساعات نوم كافية. أما بالنسبة للأشخاص الذين يفضلون أوقات نوم/استيقاظ طبيعية، فيجب عليهم الخضوع للعلاج من أجل إبطاء إيقاع ساعة النوم البيولوجية[224].

من جهة أخرى، يرتكز علاج هذا الاضطراب على تفعيل دورة النوم - الاستيقاظ، لأن الضوء القويّ هو العنصر الأساسي في إيقاع ساعة النوم البيولوجية، وهو العلاج الفعّال في مثل هذه الحالات. إن التعرّض للضوء القوي في المساء يعزّز دورة النوم - الاستيقاظ ويبطئ إيقاع الساعة البيولوجية لدى مرضى متلازمة مرحلة النوم المتقدمة. ويتوجّب على هؤلاء الأشخاص تجنّب التعرّض لضوء النهار القويّ، وأن يحافظوا على ساعات نوم يومية منتظمة[225].

3 - اضطراب توقف التنفّس أثناء النوم Obstructive sleep apnea

يتّصف هذا الاضطراب بتوقف كلي للتنفس Apnea و/أو انخفاض وتيرة التنفس أثناء النوم، وغالبًا ما يعاني المصابون بهذا الاضطراب من تواتر هذين العارضين. وأشار العلماء إلى

شيوع هذا الاضطراب لدى المسنين الذكور، خصوصًا أولئك الذين يقطنون في مؤسسات الرعاية، وترتفع حدّته مع التقدم في العمر[226].

ويعتقد العلماء بأن المسنين المصابين بالخرف Dementia هم أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب بسبب تدهور أجزاء الدماغ المسؤولة عن تنظيم التنفّس والوظائف الأتوماتيكية الأخرى[227].

وعمومًا، فإن عدم علاج هذا الاضطراب قد يؤدّي إلى معاناة المصابين بالمرض، وعلى الرغم من وجود دلائل تشير إلى أن الراشدين اليافعين المصابين بهذا الاضطراب معرّضون للإصابة بارتفاع ضغط الدم في حال لم يتم علاجهم من اضطراب المتلازمة، إلا أن مثل هذه العلاقة لا زالت غير واضحة بالنسبة للأشخاص المسنين.[228]

في المقابل، أظهرت الدراسات الحديثة وجود ترابط إيجابي ما بين حدة هذا الاضطراب (أي المتلازمة) من جهة، ومخاطر الإصابة بقصور القلب والذبحة الصدرية، كما أشارت أيضًا إلى معاناة هؤلاء المرضى من اضطرابات في الوظيفة المعرفية، مثل حدوث قصور في الفعاليات التالية: الذاكرة، الأعمال الحركية، اليقظة، والمهارات اليدوية[229].

أما بالنسبة لعلاج هذ الاضطراب فيوصي العلماء بضرورة معرفة تفاصيل معاناة الشخص المصاب بالتعاون مع أحد القاطنين معه في المنزل أو الغرفة داخل المؤسسة الرعائية. وبالتالي لا بدّ من التأكد من وجود/عدم وجود أمراض أخرى يعاني منها المريض مثل أمراض القلب، إدمان شرب الكحول، أو تناول أدوية مهدئة. ويبدأ العلاج باستخدام آلة من شأنها تأمين ضخ الهواء أثناء النوم وبالتالي استمرار عملية التنفّس[230].

بدوره، يتوجّب على المعالج أن يتجنّب وصف أدوية معينة مثل المنومات والأدوية المخدرة التي تزيد الحالة سوءًا. والجدل القائم حاليًا بين العلماء هو عن مدى فعالية هذا العلاج مع المسنين، في حين أن معظم الآراء تجزم بأن الاهتمام يجب أن ينصب على أمور أخرى غير مسألة السنّ، مثل شدة الأعراض، حدّة الاضطراب، ووجود أمراض أخرى متلازمة[231].

4 - اضطراب حركة الأطراف الدوري أثناء النوم Periodic Limb Movements in Sleep and Restless Legs Syndrome

يعدّ اضطراب حركة الأطراف الدوري أثناء النوم شائعا لدى المسنين، ويتّصف بحصول مجموعة من حركات أو ركلات الرجلين كل 20 إلى 40 ثانية أثناء النوم. وكل حركة من شأنها أن تتسبّب باستيقاظ المصاب بهذا الاضطراب. وينجم عن هذا الاضطراب نوم متقطّع وشكاوى حول النعاس الشديد أثناء النهار. ولا يزال سبب هذا الاضطراب مجهولًا إلّا أن معظم الدلائل تشير إلى ارتباطه بوجود اضطرابات عصبية لدى بعض المرضى، أو حتى اضطراب نوم آخر مثل Obstructive Sleep Apnea. الأمرالمؤكّد إلى الآن هو أن هذا الاضطراب يزداد انتشاره مع التقدم في العمر[232].

أما علاج هذا الاضطراب فيكمن في استخدام أدوية من شأنها أن تكبح مثل هذه الحركات (الركلات) أثناء النوم، وفي هذا الإطار يوصي الباحثون باستخدام منبهات الدوبامين مع الأشخاص المسنين، وخصوصًا الـRopinirole & Pramipexole[233].

5 - اضطراب حركة العين السريعة أثناء النومRapid Eye Movement Sleep - Behaviour Disorder

يصيب هذا الاضطراب المسنين وخصوصًا الذكور، حيث يقومون بنشاطات حركية أثناء النوم وتحديدًا مرحلة حركة العين السريعة (REM) وذلك بسبب عدم ارتخاء عضلات الجهاز الحركي أثناءها. وبالتالي يبدو أن المصابين بهذا الاضطراب يمثلون أحلامهم من خلال حركات القفز، الصراخ، والركل، استجابة منهم لصور الأحلام التي يرونها أثناء نومهم[234].

وغالبًا ما يتلازم ظهور هذا الاضطراب مع اضطراب الخرف (تحديدًا ما يعرف بإسم (Lewy Body Disease)واضطراب باركنسون. أما علاج هذا الاضطراب فيكمن في تثقيف المريض عن مرضه إضافة إلى تأمين محيط آمن في غرفة نوم المسنّ، إضافة إلى العلاج الدوائي الذي من شأنه أن يكبح أو يقلّل من حدوث الحركات أثناء النوم[235].

نخلص إلى القول بأنه وبالنسبة للعديد من المسنين، فإن عملية التقدم في العمر ترتبط بمشكلة النوم بطريقة جيدة أثناء الليل. وتتضمّن العوامل المسبّبة لهذة المشكلة، اضطرابات النوم المعروفة (والتي سبق أن تحدثنا عنها)، اضطراب انتظام دقّات القلب، الأرق، العلاجات الدوائية، وحالات الاكتئاب والأمراض المزمنة. وبالنسبة للمسنين الذين يشتكون من صعوبات في النوم، فلا بدّ من

تقييم حالتهم عبر تتبّع مسار تطوّر المشكلة منذ بدايتها، على أن ترتكز التقنيات العلاجية على طبيعة اضطراب النوم، والأخذ بعين الاعتبار الفروقات الفردية بين المسنين. وبالتالي بالإمكان مساعدة المسنّ على النوم بهدوء ليلًا مع بعض الصبر، واتباع تقنيات تدخّل مناسبة، مما ينعكس حتمًا بطريقة إيجابية على نوعية حياته.

الفصل الثالث
الحياة الجنسية لدى المسنين
Sexual Life of the Elderly

- نستعرض في هذا الفصل طبيعة الحياة الجنسية لدى المسنين، المغالطات الكثيرة التي تحيط بهذا الجانب الحيوي من حياتهم، إضافة إلى التحديات والمعوقات، وواقع الحياة الجنسية للمسنين المقيمين في مؤسسات الرعاية.

1 - يشير مصطلح الجنسsex إلى فعل القيام بالعملية الجنسيةSexual Intercourse ، في حين يشير مصطلح الحياة الجنسية Sexual Life إلى معنى أوسع، متضمّنًا المظاهر الفيزيولوجية، الاجتماعية، والنفسية للإنسان. ورأى كلّ من" ستيوارت و سندين "بدورهما أن الحياة الجنسية جزء أساسي من الإنسان[236]، فهي (والكلام يعود إليهما) من يحدّد من نكون وبالتالي فإن التعبير عنها هو حق إنساني أساسيّ. ويشير العلماء إلى أن الحياة الجنسية تعدُّ بمثابة عنصر محفّز ودافع قوي لدى العديد من الأشخاص، إلا أنها ليست كذلك بالنسبة إلى العديد من الأشخاص، وخصوصًا كبار السن، وغالبا ما تكون هناك إشكالية في فهمها فهمًا صحيحًا[237].

2. وأشار"بروغان "إلى أن معظم الناس لديهم آراء معيّنة عن الجنس، والحياة الجنسية لدى المسنين يمكن تلخيصها بالنقاط التالية:

3. الاعتقاد الأول، ومفاده أنه لا توجد حياة جنسية لدى المسنين. يوجد اعتقاد سائد لدى معظم الناس بأن المسنين هم أو بالأحرى، يجب أن يكونوا خامدين جنسيًا وبأن الجاذبية الجنسية تتعلق فقط بالجمال ومرحلة الشباب. وأضاف" بروغان "بأن العديد من اليافعين يجدون صعوبة في التفكير بأن كبار السن توجد لديهم رغبات وميول جنسية. وقد يكون السبب في ذلك هو الخوف من اعتبار الاعتراف بتلك الرغبات بمثابة حقيقة تحتم عليهم (أي اليافعين) تقبّل واقع وجود مثل تلك

الرغبات لدى آبائهم أيضًا، الأمر الذي قد يعجز عن تصوّره في كثير من الأحيان العديد من الأبناء في مرحلة الشباب أو حتى الرشد[238].

4. الاعتقاد الثاني، ومفاده أن الحياة الجنسية لدى المسنين مدعاة للسخرية. وجد" بايثواي" أن هناك منحى عامًا لدى معظم الناس يقضي بتأليف النكات والعديد من التعليقات الساخرة التي تطال عدم الفعّالية الجنسية لدى كبار السن، كما يظهر ذلك من خلال ما يدوّن على بعض البطاقات أو ما يقال شفهيًا في مناسبات عدّة[239].

5. الاعتقاد الثالث، ومفاده أن الحياة الجنسية لدى المسنين تعدُّ مقززة. أشار" لوسي ودرنش "بدورهما إلى أن معظم الناس يعتقدون أنه في حال قرّر المسنّ أن ينحرف عن طريقة التفكير النمطية ويحظى بحياة جنسية نشطة، ففي هذه الحال سيوصف بالمسنّ" الأخرق "أو "الوسخ"[240].

وأوضح" غريفيس "أن المسنين أنفسهم يتردّدون بإظهار رغباتهم الجنسية والتعبير عنها من خلال الأفعال، وذلك خوفًا من تعليقات الناس السلبية وردود أفعالهم، مما يدفع بهم (أي المسنين) إلى كبت تلك الرغبات الجنسية[241].

التحديات والمعوقات:

يتراجع النشاط الجنسي عمومًا مع التقدم في العمر، وقد يعود السبب في ذلك إلى العوامل التالية: الزمن، العامل النفسي، أو العامل النفس - اجتماعي[242].

- العامل الزمني

يفرض التقدم في العمر على المسنّ أن يستغرق وقتًا أطول في محاولته القيام بنشاط جنسي ما. وقد يتجلّى ذلك من خلال النقاط التالية:

1 - الشعور البطيء بالاستثارة مع الحاجة الكبرى إلى الاستثارة الموضعية للأعضاء التناسلية.

2 - انخفاض صلابة العضو الذكوري لدى الذكور وإفراز السائل المهبلي لدى الإناث.

3 - فقدان الشعور بالنشوة

- العامل المرضي:

يعاني المسنّ من العديد من الحالات المرضية التي قد تمنعه من الاستمتاع بحياة جنسية ممتعة طوال الوقت، من ذلك:

1 - العقاقير أو الأدوية التي يتناولها المسنّ والتي قد تؤثر على قوة اللبيدو والرغبة الجنسية لديه.

2 - الأمراض مثل داء السكري.

3 - جراحة الرحم لدى الإناث والبروستات لدى الذكور.

4 - ضعف الحركة لدى المسنّ بفعل التهاب المفاصل أو معوقات أخرى.

5 - تبدّل في صورة الجسد نتيجة بتر أحد الأطراف عمومًا أو استئصال الثدي لدى الإناث.

6 - الاكتئاب الذي يؤدّي إلى فقدان الاهتمام بالجنس.

- العامل النفسي:

يتعلق العامل النفسي بوجود معوقات في حياة المسنّ، أمثلة على ذلك:

1 - عدم وجود الشريك

2 - التشريط الاجتماعي

3 - فقدان الخصوصية في حياة المسنّ (كما هي الحال في دور ومؤسسات الرعاية التي تعنى بالمسنّ)

واقع الحياة الجنسية للمسنين في مؤسسات الرعاية:

تهمل العديد من مؤسسات الرعاية ودور العجزة مسألة الحياة الجنسية للمسنين، بل تعدُّ بمثابة محرم Taboo في كثير من الأحيان. وبدوره أشار Kass بأن المسنين الذين يتواجدون في مؤسسات الرعاية يتوقع منهم غالبًا أن يعيشوا عازبين، وقد يكون السبب في ذلك الجهل، الاعتقادات الخاطئة والأحكام المسبقة التي يطلقها مسؤولو الرعاية في تلك المؤسسات حيال الحياة الجنسية للمسنين وتلك الخاصة بهم أيضًا[243].

وأشار Ehrenfeld وزملاؤه في دراسة عن اتجاهات وسلوكات العاملين في دور الرعاية تجاه ميول ورغبات المسنين الجنسية في المؤسسات التي يودعون فيها، إلى شعور هؤلاء العاملين بالإحراج والارتباك في حال واجهتهم مواقف عبّر فيها المسنون عن تلك الحاجات[244].

أما" ماكارتني "وزملاؤه فقد توصلوا في دراسة مشابهة لهم حول اتجاهات ومواقف العاملين في دور الرعاية حيال الحياة الجنسية لدى المسنين، إلى أنه في حال ظهور ممارسة العادة السرية علنًا من قبل المسنين، فإن هذا الأمر كفيل بإثارة ردة فعل سلبية قوية من قبل العاملين تجاه المسنين الذين يقومون بذلك الفعل ويدفعهم إلى محاولة فرض القيود على حياتهم ونشاطاتهم الجنسية عمومًا[245].

في الواقع إن تقدم الناس بالعمر لا يعني أنهم لا يستطيعون الاستمتاع بحياة جنسية صحية وسعيدة. وعلى الرغم من ذلك، يندهش العديد من الناس (يافعون وحتى راشدون) من حقيقة أن العديد من المسنين يتمتعون بنشاط جنسي طبيعي في الستينات من عمرهم وحتى بعد هذا السن. ويعزون السبب في ذلك إلى عدم قدرة المسنين على القيام بالعملية الجنسية من الناحية الفيزيولوجية حتى لو كانت الرغبة موجودة. أما بالنسبة للمسنين أنفسهم، فإن الحفاظ على نشاطهم وطاقتهم الجنسية هو أمر في غاية الأهمية، ويعبّر المسنون الذكور عن الخوف من فقدان هذه الطاقة والقدرة، أغلب الأوقات، إلا أن المسنّات أيضًا يظهرن مثل هذه الرغبة لكنّ خوفهن يكمن في أن يُنظر إلى هذه الرغبات على أنها تفتقد إلى الوقار (غير مناسبة بطريقة ما). تبقى الإشارة إلى أن العديد من كبار السن قد يعبرون بحرية عن رغباتهم الجنسية إلا أنهم يجابهون بمعارضة أبنائهم وحتى أحفادهم، مما يشعرهم بالذنب والخجل نوعًا ما[246].

إن المسنّ غالبًا ما ينظر إلى الحياة الجنسية على أنها تعبير عن الشغف، العاطفة، الإعجاب، الولاء، تجديد الحياة الرومانسية مع الشريك، وبمثابة تأكيد على الحيوية عمومًا. بالإضافة إلى ذلك فإن النشاط الجنسي هو بمثابة تعبير عن الفعّالية الفيزيولوجية لدى المسنّ، الإحساس القوي بهويته، الثقة بالنفس، ووسيلة لطرد مشاعر القلق. من جهة أخرى، لا توجد مثل هذه المواقف الإيجابية لدى

عموم المسنين، فمثل باقي أفراد الفئات العمرية، قد يعاني المسنون من اضطرابات جنسية بسبب عوامل الملل، الخوف، الإرهاق، ضعف القدرة الجسدية، وانخفاض الرغبة الجنسية[247].

تبقى الإشارة إلى أن التقدّم في العمر يمتاز بالتغيرات الفيزيولوجية، المرضية، السلوكية، والنفسية - الاجتماعية، التي تؤثر جميعها على النشاط الجنسي. ويلاحظ أن العديد من الاختصاصيين العياديين يتجاهلون البعد الجنسي في حياة المسنين، الذين يجدون هم أنفسهم صعوبة بالغة في الحديث عن مشاكلهم الجنسية. فعلى سبيل المثال، يلاحظ إهمال السؤال عن تفاصيل الحياة الجنسية لدى المسنّ من قبل الاختصاصي، في حين أن الحياة الجنسية لدى الإنسان وتحديدًا لدى المسنّ، هي بمثابة مسألة في غاية الأهمية[248].

إن عدد الأشخاص الذين يتعدون الـ65 سنة بازدياد مستمر نتيجة تحسن ظروف الحياة وشروطها، إلا أن الاهتمام بعلاج المشاكل الجنسية لدى المسنين لم يلق الاهتمام الكبير. فكبار السن غالبًا ما ينظر إليهم على أنهم أشخاص فقدوا اهتمامهم بالجنس، وكذلك القدرة على السلوك الجنسي[249].

ويعدُّ كلّ من" ماسترز و جونسون "أول من قام بأبحاث حول الاستجابة الجنسية لكبار السن، فقد وجدا أنه في حال توفّرت الصحة الجسدية الجيدة لدى المسنّ إضافة إلى الرغبة الحقيقية في الشريك، عندئذ لا مجال للحديث عن عمر محدّد تختفي عنده القدرات الجنسية. إلا أنهما أشارا إلى وجود تغييرات معينة في طرق الاستجابة لدى الإناث والذكور مع التقدم في السنّ، فعلى سبيل المثال، يستغرق الرجل المسنّ وقتًا أطول لكي يثار مقارنة بالأنثى المسنّة، وهو بحاجة إلى إستثارة مباشرة في منطقة الأعضاء التناسلية. في حين أن سرعة وكمية الإفرازات المهبلية (السائل المهبلي تحديدًا) تقلّ لدى المسنات مع تقدمهن في العمر. عدا ذلك فإن الرجال المسنين والنساء المسنّات، لديهم القدرة على بلوغ النشوة والمتعة الجنسية حتى لو بلغوا السبعين وأكثر من العمر[250].

استراتيجيات التعامل مع المشاكل الجنسية لدى المسنين

يوصي الأخصائيون النفسيون بضرورة التأكد من انتفاء الحالات الطبية عند تشخيص حالة مسنّ بأنه يعاني من مشاكل على صعيد حياته الجنسية، وذلك من خلال إجراء الفحوصات اللازمة

والاطلاع على تاريخ سجله الطبي. ويشير هؤلاء الأخصائيون إلى النقاط التالية التي تساعد على التعامل مع هذه الصعوبات والمشاكل التي يعانيها المسنون:

1 - استخدام العلاجات الهرمونية البديلة والمستحضرات الطبية (الكريمات) في حالة الجفاف المهبلي الذي قد تعاني منه العديد من المسنّات[251].

2 - استخدام عقاقير وأدوية لمعالجة حالات ضعف القدرة الجنسية لدى المسنين الذكور، مثل عقاري Viagra & Prostadil[252].

3 - ضرورة معالجة حالات السلس البولي لدى المسنين لما لهذه الحالة الجسدية من تأثير على العملية الجنسية لديهم، وذلك إما من خلال الأدوية أو تمارين الحوض[253].

4 - الحفاظ على لياقة جسدية عالية لدى المسنين، خصوصًا بعد خضوعهم لجراحات القلب المتنوعة، لما في ذلك من تأثير على العملية الجنسية لديهم[254].

أما في حال كانت هناك مشاكل نفسية، فلا بدّ من تشجيع المسنين على التحدّث عنها مع المعالجين المختصين الذين يتوقع منهم في المقابل، أن يوضحوا للمسنين بأن العملية الجنسية مهمّة ومفيدة لذوي الأعمار المتقدمة لأنها تساعد على التحرّر من مشاعر القلق والتوتّر وتحسين الوضع النفسي والجسدي لديهم[255]. وفي كثير من الأحيان قد يعبر المسنّ عن رغبته بالقيام بشكل من أشكال الاتصال الحميمي مع الشريك من دون القيام بفعل جنسي كامل، الأمر الذي يشجّع الاختصاصيون على حدوثه أيضًا[256].

ويشير العلماء إلى أن النصائح التي يقدّمها الاختصاصيون للمسنين والتي من شأنها أن تضفي بعض الحيوية والإيجابية فيما يتعلق بالحياة الجنسية لديهم، لا تتبدّل مع التقدم في العمر[257]. كما يتوجّب على الاختصاصيين أن يراعوا الفروقات الفردية بين المسنين لجهة الشكاوى التي تصدر عنهم وميولهم المختلفة، فعلى سبيل المثال، قد يعبّر بعض المسنين عن ميولهم الجنسية المثلية، وعلى الاختصاصيين الرعائيين داخل مؤسسات الرعاية أن يتفهموا ويتقبلوا مثل تلك الميول وكأنها صادرة عن أشخاص يافعين[258]. كما يوصي العلماء بعدم وضع القيود على الزيارات الشخصية للمسنين القاطنين في دور الرعاية من قبل شركائهم، على أن تكون غرفهم مجهزة لاستقبالهم مع إتاحة كامل الحرية للمسنّ بإغلاق باب الغرفة من الداخل[259]. فيما اقترح آخرون أن توفّر العلاجات الفيزيائية من قبيل جلسات التدليك، العلاجات العطرية، الاسترخاء والعناية بالشعر والتي من شأنها أن تحسن مظهر المسنين وتعزز لديهم الشعور بالرضى[260].

أيضًا أشار علماء آخرون إلى أهمية تفعيل مجموعات المناقشة بين العاملين في تلك المؤسسات الرعائية خاصة في الحالات التي تنشب فيها نزاعات ما بين المسنين وأقاربهم وفي حال حصول تعديات أو إساءات جنسية بحقهم، لأن مثل تلك النقاشات المفتوحة والصريحة من شأنها أن تقلّل من الممارسات غير اللائقة تجاه المسنين[261].

نخلص إلى القول، بأن الحياة الجنسية لدى المسنين على درجة كبيرة من الأهمية أسوة بالحياة الجنسية لدى الراشدين واليافعين، وبأن هناك ضرورة للمحافظة على أوجهها كافة. قبيل نهاية القرن العشرين، توسّعت الأبحاث لتشمل المواقف تجاه التعبير الجنسي في مرحلة الشيخوخة، والجوانب البيولوجية للنشاط الجنسي والشيخوخة. وعلى الدوام، أظهرت الأبحاث أن التعبير الجنسي أمر ممكن لكبار السن، وأن فرصة التمتّع بنشاط جنسي ممتد في أثناء الشيخوخة كبيرة للغاية للمتمتّعين بنشاطات جنسية نشطة في شبابهم.

وفي أواخر عام1980 ، كان هناك تركيز كبير على الجوانب البيولوجية المتعلقة بالشيخوخة؛ إذ توسَّع ليشمل الأسباب المؤدية لانخفاض معدّل النشاط الجنسي. وتوصّلت الأبحاث إلى أن هذه الأسباب متنوّعة للغاية وأن العديد من كبار السن يبقون نشيطين جنسيًا أثناء تقدمهم في العمر. وعلى الرغم من الأدلة المؤكدة لاستمرار الرغبة لدى كبار السن وقدرتهم على ممارسة التعبير الجنسي أثناء شيخوختهم، يساهم المجتمع بشكل عام والعديد من المختصين الصحيين في تخليد الفكرة النمطية القائلة بأن كبار السن هم أشخاص «لا جنسيون».

التقاعد Retirement

- يعدّ التقاعد[262] أول تحوّل في حياة المسن، ويبدو أن تأثيراته على الصحة الجسدية والعقلية تختلف من شخص إلى آخر تبعًا لسبب التقاعد، وتبعًا لاتجاه الشخص نفسه حيال خبرة التقاعد. ويعاني ثلث المتقاعدين تقريبًا من صعوبات تكيفية مع أوجه معيّنة من التقاعد، مثل انخفاض المدخول، تغيّر الأدوار الاجتماعية، وتبدّل المسميات الوظيفية. ويختار بعض المسنين التقاعد طوعًا، في حين يجبر البعض الآخر على التقاعد بسبب المرض أو بسبب خسارة العمل. إلا أن الاستعدادات المناسبة للتقاعد وتوفير خدمات الإرشاد الأسري للمتقاعدين ولأفراد أسرهم الذين يعانون من مشاكل ما، قد تكون مفيدة[263].

- التقاعد هو النقطة التي يتوقف الشخص فيها عن العمل تمامًا، حيث يتم إحالة العديد من الناس إلى التقاعد عندما يصبحون غير مؤهلين للعمل بسبب كبر السن. ويحصل المسنّ في أغلب الدول على نصف الراتب الذي كان يتقاضاه أثناء العمل، وتعدّ ألمانيا أول دولة تدخل نظام التقاعد في العام1880 . وفي الوقت الحاضر فإن معظم البلدان المتقدمة لديها أنظمة لتوفير معاشات التقاعد، والتي قد تكون برعاية من قبل أرباب العمل أو الدولة[264].

- ومن ناحية أخرى عرّف «فيلدمان و بير» الشخص المتقاعد بأنه كل من ترك وظيفته سواء أكان إجباريًا بسبب بلوغه سن التقاعد، أو اختياريًا بسبب ظروفه الصحية[265].

- في حين رأى محمد نبيل عبد الحميد أن المتقاعد هو ذلك الشخص الذي بلغ العمر الذي يحدّده قانون المعاشات في كل بلد، ولا يقوم على أثر ذلك بممارسة أي عمل. وهذا التعريف لا يضمّ بطبيعة الحال المتقاعدين بسبب المرض أو باختيارهم الشخصي له[266].

- وتوجد أربعة أشكال للتقاعد:

1 - التقاعد التقليدي Traditional Retirement

يعدّ التقاعد التقليدي أكثر أشكال التقاعد شيوعًا لدى العديد من الناس في بلدان العالم. وبالنسبة لهولاء الناس فإن التقاعد يعني بلوغ عمر متقدّم، يصبح معه العمل صعبًا، وكذلك الاستمتاع بالمال المدخر لبقية الحياة. وتختلف مصادر هذا المال من بلد لآخر، ولكنه في معظم الأوقات يتضمن المدخرات الشخصية، المعاش التقاعدي من مؤسسة العمل والتقديمات من قبل الحكومة. من وجهة النظر تلك، فإن التقاعد يصبح بمثابة الوقت المخصص للإسترخاء والسفر والقيام بالنشاطات التي كان يودّ الشخص القيام بها طيلة حياته ولم يتسنّ له الوقت للقيام بها[267].

وعلى الرغم من أن هذا النمط من أشكال التقاعد هو المتعارف عليه لدى معظم الناس، إلا أنه توجد أشكال أخرى من التقاعد.

2 - التقاعد المبكر Early Retirement

لا توجد فروقات عملية ما بين التقاعد التقليدي والتقاعد المبكّر سوى لناحية العمر. فالتقاعد المبكّر لا يحصل في عمر متقدم، بل قد يحصل في عمر الأربعين أو الخمسين. حتى إنّ بعض الأشخاص قد يسعى إليه في عمر الثلاثين إذا كانت مدخراته المالية كافية.

3 - التقاعد الجزئي Semi - Retirement

هو شكل آخر من أشكال التقاعد، وفيه يختار الشخص الاستمرار في العمل، ولكن ليس في مؤسسة خاصة أو رسمية. في هذه الحالة يكون الشخص مدخرًا للمال الذي يخوّله تأمين حاجياته بكل سهولة حتى لو اختار التقاعد الكامل. وهنا يختار الشخص اكتساب بعض المال من عمل يختاره لكي يبقى متأكدا من أن مدخراته لن تنقص بسرعة.

4 - التقاعد المصغّر Mini Retirement

يعدّ هذ النمط من التقاعد ملفتًا للنظر لأنه يرتكز على فكرة مؤداها أن لا حاجة للإنسان أن يستمتع بما تبقى من حياته بعد فترة التقاعد عندما يكون قد تقدم في العمر ولم يعد باستطاعته القيام بأمور عديدة كما لو كان لا يزال في ريعان شبابه. وبالتالي يقترح هذا النموذج أن يقوم الشخص بأخذ أقساط من الراحة بشكل مستمر طيلة فترة حياته وأثناء قيامه واستمراره بعمله[268].

في المقابل، أشار" بالمور "وآخرون إلى أن نماذج الاستجابة للتقاعد تتباين اعتمادًا على عوامل مثل نوعية المتقاعد وتوقيت التقاعد[269]. فالأفراد يستجيبون للتقاعد بشكل ينسجم مع مواردهم مثل الدعم الاجتماعي وظروف التقاعد. كما أن الفروق في ردود الفعل نحو التقاعد قد تعتمد على عوامل أخرى، مثل نوع الجنس والحالة الاجتماعية - الاقتصادية والحالة الزوجية والسن والإلتزام بالعمل[270]. ولقد اقترح" آتشلي "نموذجًا للتقاعد تضمن ست مراحل[271]:

1 - مرحلة ما قبل التقاعدPreretirement Phase : يصبح الموظف واعيًا أن التقاعد أصبح وشيكًا، وفي السنة السابقة للتقاعد يبدأ في ادخار نقوده ويحلم بأشياء يرغب في القيام بها ويستعد بشكل عام لهذا التغير في حياته.

2 - مرحلة شهر العسلHoneymoon Phase : وتحدث هذه المرحلة مباشرة بعد وقوع الحدث الفعلي للتقاعد وتوصف عادة بالسعادة والاستمتاع بوقت الفراغ، فالمتقاعد يستطيع الآن القيام

برحلة لزيارة قريب بعيد ويستطيع العناية بالنباتات والأزهار في منزله. إنه وباختصار يستطيع القيام بكل ما كان يتمنى القيام به في السابق من سني حياته.

3 - مرحلة التحرّر من الوهمDisenchantment Phase : يبدأ المتقاعد هنا بالشعور بالاكتئاب بسبب طبيعة الحياة النمطية وندرة الأعمال المطلوب منه أداؤها. وبعد القيام بالأشياء التي كان يتوق لأدائها، نجد أن المتقاعد يبدأ بالشعور بالملل والتعب.

4 - مرحلة التوجّه من جديدReorientation Phase : يطوّر المتقاعد هنا اتجاهًا أكثر واقعية نحو الاستخدام الفعّال للوقت. ويبدأ في إعادة تقييم هذه الأنشطة ويتخذ بعض القرارات المتعلقة بتحديد ما هو الأكثر أهمية، وتضع هذه الأولويات المقدمة للمرحلة التي تليها.

5 - مرحلة الاستقرارStability Phase : يتشكّل هنا روتين التقاعد الذي يستمتع به المتقاعد وذلك قد يكون من خلال عمل تطوعي أو زيارات أو بعض البرامج الأخرى التي يتمّ تطويرها والتي تجعل المتقاعد سعيدًا وتشعره بأنه إنسان مهم.

6 - مرحلة الانتهاءTerminal Phase : ويحدث هذا عندما يمنع المرض أو العجز المسنّ المتقاعد عن العناية بنفسه، وأيضًا غالبًا ما يحدث بسبب الالتحاق بعمل ما، خاصة عندما يتقاعد الشخص باكرًا، فيكون جسده ما زال قوي البنية وأيضًا لا زال في سن تمكنه من الحصول على عمل آخر، ولذا يمكن اعتبار هذه المرحلة أنها مرحلة انتهاء التقاعد بشكل مؤقت.

يلاحظ أن مفهوم التقاعد يرتبط بمفهوم الوظيفة أكثر من ارتباطه بمفهوم العمل. فالتقاعد يعني انقطاع الشخص عن أداء وظيفة ما ظلّ يؤديها حتى بلوغ سن التقاعد وهو يتراوح ما بين الستين والأربعة والستين في معظم بلدان العالم. ولكن هذا الأمر لا يعني أن الشخص أصبح غير قادر على العمل. في الواقع إن قرار التقاعد يتأثر بعدد من العوامل، مثل توفر الضمان الصحي، الموارد المالية، التكامل بين الزوجين. وأشارت العديد من الدراسات إلى الوضع الصحي كمحدد أساسي، فتبيّن على سبيل المثال أن العمال الذين لا يتمتعون بصحة جيدة ويعانون من حالات صحية مرضية يتقاعدون في سن مبكرة مقارنة بأولئك الذين يتمتعون بصحة جيدة[272].

وبدورهما وجد كلّ من" ديوير و ميتشيل "أن المشاكل الصحية تؤثر على سلوك الشخص أكثر من العوامل الاقتصادية عندما يتقاعد[273].

كما أشار"إيتنير "إلى تأثير الاضطرابات العقلية على الذكور والإناث العاملين لجهة تقليص سن العمل لديهم وبالتالي إجبارهم على التقاعد[274]. بالمقابل، لوحظ ازدياد أعراض الاكتئاب لدى النساء العاملات بعد فترة التقاعد، خاصة إذا كان التقاعد مفروضًا عليهن، كما أن الأثر يزداد في حال وجود زوج يعاني من صعوبات في العمل، إلا أن نفس الأثر غير موجود بالنسبة للذكور[275]. وفي دراسة تتبعية على عيّنة مؤلفة من 6257 فردًا من الذكور المتقاعدين في فنلندا (موظفين في البلدية)، تبيّن أن لديهم ارتفاعا في معدلات أمراض القلب والجهاز العضلي الحركي[276].

بالمقابل وجد كل من" أوستبرغ و صامويلسن "آثارًا إيجابية للتقاعد على الصحة نتيجة الفحوصات التي أجريت على عيّنة من المتقاعدين، مثل فحوصات ضغط الدم، أمراض الجهاز العضلي، والأعراض النفسية[277].

بدوره أشار" بوس "وآخرون في دراستهم حول الأعراض النفسية لدى عيّنة مؤلفة من 1513متقاعدًا من الذكور، إلى أن الأعراض النفسية أكثر انتشارًا لدى أفراد عيّنة المتقاعدين مقارنة بالعاملين. وعلى الرغم من أن هذه الدراسات وغيرها أشارت إلى المظاهر المهمة للتفاعل ما بين التقاعد عن العمل والحالة الصحية، إلا أنه لا يوجد إجماع على نتائجها لعدة أسباب، فلقد أجريت في بلدان مختلفة من حيث الثقافات وقوانين العمل والتقاعد المعمول بها فيها، إضافة إلى أنظمة الضمان والتأمينات الصحية. كما أن طرق التقييم التي اتبعت مع أفراد عيّنات البحث اتسمت بمعظمها بالطابع الفردي Self Evaluating Scales من دون إخضاعهم إلى فحوصات طبية دقيقة أو حتى مقابلات عيادية، مما لا يسمح بتعميم نتائج مثل هذه الدراسات على الجميع[278].

بالمقابل، أشار العلماء إلى أن انخفاض وتيرة العلاقات الاجتماعية بفعل التقاعد قد يكون له الأثر السلبي على الصحة الجسدية والنفسية للمسنّ المتقاعد، إذ إن مثل هذه العلاقات التي ينسجها الشخص داخل وخارج بيئة العمل قد تحميه من النوبات التي تؤثر على صحته[279]. فعلى سبيل المثال، تبيّن أن التقاعد يخفّض وتيرة التفاعلات الاجتماعية بالنسبة للذكور الذين يتخطّون سن الستين، مسببًا لهم العزلة الاجتماعية. وإذا ما اعتبرنا أن العزلة الاجتماعية تولّد الاكتئاب، على سبيل المثال، فإن هذا الأمر قد يعزّز تقهقر الوضع الصحي الجسدي نظرًا لارتباطهما ببعضهما البعض[280].

ومن جهة أخرى، على قدر ما يتسبّب العمل بالضغوط المهنية والنفسية للعاملين، فإن التقاعد قد يؤدّي إلى تمتع المسنين بصحة جسدية ونفسية أفضل، إلا أن الأشخاص الذين لا ينخرطون في

أيّ أنشطة جسدية بعد التقاعد، ستظهر لديهم أعراض أمراض القلب، السكري، الوزن الزائد، الكوليسترول، والاكتئاب[281].

نخلص بدورنا إلى القول بأن البعض قد يعتبر التقاعد من أهم المشكلات التي تواجه كبير السنّ لأنه غالبًا ما يؤدي إلى تراجع دخل الشخص المسنّ إلى الثلث تقريبًا، ويتزامن ذلك مع الخسارات المتتالية على صعيد تدهور الصحة الجسدية والعقلية، الكفاءة الذاتية، أصدقاء العمل والمكانة الاجتماعية المرتبطة بممارسة الوظيفة السابقة. في حين أشار البعض الآخر إلى مرحلة التقاعد على أنها مرحلة ممارسة الهوايات والأعمال التي لم يستطع الشخص أن يقوم بها من قبل بسبب ضيق الوقت.

إن فكرة التقاعد مبنية على مبدأ أنه يتوجب على الشخص المتقاعد أن يمكث في بيته، غير أن هذا الفهم خاطئ، فالمتقاعد، ورغم أنه ترك منصبًا معينًا، فإنه مليء بالقدرات والخبرات، وبالتالي فهناك جزء كبير من المسؤولية يقع على عاتق المتقاعد نفسه، فالخبرة المتكوّنة لديه يمكنها أن تنعكس على حياته فيما بعد. وبالتالي بإمكانه أن يشغل نفسه بأمور ذات جدوى، ففي هذه الحالة، لن يشعر بنظرة المجتمع السلبية، ولن يتعامل مع تقاعده بحساسية.

في المقابل، المسؤولية تقع أيضًا على عاتق المجتمع، فبدلًا من أن يعدُّ المجتمع المتقاعد عبئًا عليه، يجب أن يفتح له المجالات والأبواب، فالمتقاعدون بحاجة إلى إجراء برامج لهم، والاستفادة من خبراتهم، واستقطابهم إلى العمل التطوعي، خصوصًا وأنهم بحاجة إلى العمل والإنفاق، فالتقاعد يشير إلى تقاعد الشخص من وظيفته، وليس من قدرته على ممارسة عمل آخر.

المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، خلف وجلال، كمال (1997). قلق المنافسة الرياضية وعلاقته بتركيز الانتباه والأداء المهاري في كرة اليد. المجلة العلمية – التربية البدنية، المجلد (31)، العدد (1)، ص3 - 104.

- الحفني، عبد المنعم (1995). موسوعة الطب النفسي. القاهرة، مكتبة مدبولي.

- بن علو، الأزرق (1993). الإنسان والقلق . سينا للنشر – مصر.

- حامد زهران (1986)، علم نفس النموّ الطفولة والمراهقة، مصر: دار المعارف، صفحة.13 - 12

- راشد، سهام (1995). الاكتئاب في المسنين. مجلة الثقافة النفسية، العدد – 21 المجلد السادس، كانون الثاني، دار النهضة العربية، بيروت - لبنان.

- عبد الحميد، جابر و كفافي، علاء الدين (1989). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية.

- عبد الستار، إبراهيم (1998). الاكتئاب. الكويت، عالم المعرفة،.239

- عبد الخالق، أحمد (1999). دليل تعليمات قائمة" بيك "للاكتئاب. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

- عبد الخالق، أحمد (1996). قياس الشخصية. الكويت، جامعة الكويت، الطبعة الأولى.

- عبد الحميد، محمد نبيل (1987). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، القاهرة، الدار الفنية للنشر والتوزيع.
- غروبي، رشيقة (1993). أوضاع المسنين في سوريا. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الإسكوا، الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي الاجتماعي، القاهرة.
- فرج، عبد اللطيف (2009). الاضطرابات النفسية، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
- قناوي، هدى محمد (1987). سيكولوجية المسنين. مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة.
- قنديل، أماني (1993). أوضاع المسنين في منطقة غربي آسيا. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، المجلس الإقتصادي والاجتماعي. القاهرة.
- كفافي، علاء الدين و النيال، مايسة أحمد" .(1996) صورة الجسم وبعض المتغيرات لدى عينات من المراهقات"، مجلة علم النفس، العدد39 ، ص.9
- مجمع اللغة العربية (1980). القاهرة: مطابع شركة الإعلانات الشرقية.
- مبروك، عزة (2002). تقييم الذات وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين، دراسات عربية في علم النفس، المجلد الأول – العدد2 ، القاهرة – مصر.

المراجع الأجنبية

Achenbaum W. A. , Bengston B. L. (1994). Re - engaging the● disengagement theory of aging; On the history and assessment of theory development in gerontology. Gerontologist, 34, 756 - 763.

Agahi N. , Ahacic K. & Parker M. G. (2006). Continuity of leisure● participation from middle age to old age. The journals of Gerontology, 61B(6), S340 - S346.

Ahrendt, J. (2000). Melatonin, circadian rhythms, and sleep. New●
England Journal of Medicine, 343, 1114 - 1115.

Allan T. & Jane M. (2006). "The natural history and●
pathophysiology of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's
Alcoholism. 41 (2): 151–8. Psychosis". Alcohol and

Alan G. & Steinmeier T. (2000). "Retirement in Dual Career●
Families: A Structural Model". Journal of Labor Economics, Vol. 18, No. 3,
pp. 503–545.

American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and●
statistical manual of mental disorders: DSM - 5. Washington, D. C. :
American Psychiatric Association.

Mitochondrial decay, a major cause of aging,Ames, B. (2004). ●
can be delayed. Journal of Alzheimer's Disease, 6(2), 117 - 121.

merican Psychiatric Association (APA) (1995). Diagnostic andA●
ed. , (DSM – IV). Washington,thStatistical Manual for Mental disorders. 4
D. C.

ncoli - Israel S. (2000). Sleep problems in older adults: puttingA●
52:20 - 30.*Geriatrics.* myths to bed.

rmstrong, T. (2008). The Human Odyssey: Navigating theA●
Twelve Stages of Life. New York.

tchley, R. (1992). What do social theories of aging offer toA●
counselors? Counseling Rsychology, Vol. 20, Issue 2, pp:336 - 341.

allard C. , Gauthier S. , Corbett A. , Brayne C. , Aarsland D. &B●
Jones E. (2011). "Alzheimer's disease". Lancet. 377 (9770): 1019–31.

arry L. C. , Abou J. J. , Simen A. A. & Gill T. M. , (2012). UnderB●
- treatment of depression in older persons. Journal of Affective Disorders, 136(3), pp. 789 - 796.

attistin L. & Cagnin A. (2010). "Vascular cognitive disorder. AB●
. 35 (12): 1933–*Neurochemical Research*biological and clinical overview". 8.

artzokis G. , Cumming J. L. , Sultzer D. , Henderson V. W. ,B●
Neuchterlein K. H. & Mintz J. (2003). White matter structural integrityin healthy aging adults and patients with Alzheimer disease :a magnetic resonanceimaging study. Arch Neurol. 60(3):393 - 8.

Baker L. & Gringart E. (2009). Body image and self - esteem in●
older adulthood. Ageing and Society. 29:977 - 95.

Baltes P. B. (1987). Theoretical propositions of life - span●
development psychology: On the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, 23, 611 - 626.

Back, K. (1980). Life course: Integrated theories and exemplary●
populations. Boulder, CO: Westview Press.

Barnier A. J. (2002). Posthypnotic amnesia for autobiographical●
episodes: A laboratory model of functional amnesia? Psychological (3), 232–237.*13*Science,

Beattie J. W. (1963). Elderly Life; Its characteristics, Needs and●
Philosophy. The Journal of the College of General Practitioners. 6(1):20 - 34.

Belgrave L. L. , Haug M. R. & Gomez - Bellenge F. X. (1987).●
Gender and race differences in effects of health and pension on retirement

before 65. Comprehensive Gerontology [B]. 1(3):109 - 17.

Beck, A. (1976). Depression: Clinical, experimental and● theoretical aspects. New York: Harper and Row.

Becker P. M. & Sharon D. (2014). "Mood disorders in restless legs● syndrome (Willis–Ekbom disease)". The Journal of Clinical Psychiatry. 75(7): e 679–94.

Bedford J. L. & Johnson C. S. (2006). Societal influences on body● image dissatisfaction in younger and older women. J Women Aging. 18(1):41 - 55.

Benny Barak & Leon G. Schiffman (1981). "Cognitive Age: a● Nonchronological Age Variable". Association for Consumer Research, Volume 8 Pages: 602 - 606.

Bender M. (2003). Explorations in Dementia: Theoretical and● Research Studies into the Experience of Remediable and Enduring Cognitive Losses. London.

Bilkei - Gorzo A. (2012). "The endocannabinoid system in normal● *Philosophical Transactions of the Royal*and pathological brain ageing". .*Society of London. Series B, Biological Sciences*

Billari, F. C. (2009). The life course is coming of age. Advances in● Life Course Research, 14(3):83–86.

Bilkei - Gorzo A. (2012). "The endocannabinoid system in normal● *Philosophical Transactions of the Royal*and pathological brain ageing". Series B, Biological Sciences. 367 (1607): 3326–41.*Society of London.*

Birren J. E. & Schroots J. F. (2001). History of gero - psychology.●
ed. , pp. 3 -thIn J. E. Birren (Ed.), Handbook of the psychology of aging (5
28). San Diego, CA: Academic Press.

Hollands, J. , Farchione, T. J. &-Boswell, J. F. , Thompson●
Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the
(6), 630*, 69*treatment of emotional disorders. Journal of clinical psychology
- 645.

Bosse R. , Aldwin C. M. , Levenson M. R. & Ekerdt D. J. (1987).●
Mental health differences among retirees and workers: findings from the
Normative Aging Study. Psychology and Aging. 2(4):383 - 9.

Bound J. (1991). "Self - reported versus objective measures of●
health in retirement models", Journal of Human Resources, 26: 106 - 138.

Bouman W. P. & Arcelus J. (2001). Are psychiatrists guilty of●
"ageism" when it comes to taking a sexual history? Int J Geriatr Psychiatry.
16:27–31.

Bourne, E. J. (2001). Beyond anxiety & phobia. Oakland, CA:●
New Harbinger Publications.

Brassington G. S. , King A. C. , Bliwise D. L. (2000). Sleep●
problems as a risk factor for falls in a sample of community - dwelling
48:1234 - 1240.*J . Am G. eriatr Soc.* adults aged 64 - 99 years.

Brogan, M. (1996). The sexual needs of elderly people: addressing●
the issue. Nursing Standard, 10:42 - 5.

mley, S. M. (2000). Smell and taste disorders: A primary careBro●
(2), 427 - 436.*, 61*approach. American Family Physician

Burns A. & Iliffe S. (2009). “Alzheimer’s disease”. BMJ. 338:●
b158.

Byers J. (1983). Sexuality and the elderly. Geriatr Nurs. 293 - 7.●

Bytheway B. (1995). Ageism. Buckingham, UK:Open University●
Press.

Carlson E. & Chamberlian R. (2005). Allostatic load and health●
disparities: A theoretical orientation. Research in Nursing and health, 28(4),
306 - 315.

Calleo J. , Stanley M. (2008). “Anxiety Disorders in Later Life:●
Differentiated Diagnosis and Treatment Strategies”. Psychiatric Times. 26
(8).

Castle, D. (1998). Body Dysmorphic Disorder: A Guide for people●
with BDD. Mental Health Research Institute & The University of
Melbourne. 155 Oak Street, Parkville, VIC.

Camarano A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira:●
uma contribuição demográfica. Brasília: IPEA.

Ducastel B. & Murphy C. (2003). FMRI brain activation in-Cerf●
response to odors is reduced in primary olfactory areas of elderly subjects.
Brain Res. 986(1 - 2):39 - 53.

Cermak L. (1984). The episodic - semantic distinction in amnesia.●
New York: Guilford Press. p. 55.

Chaim J. , Izzo H. & Sera C. (2009). To Care in Health:●
satisfaction with body image and self - esteem of old people. Mundo
Saúde(2):175 - 181.

Cheong H. W. , Peh W. C. & Guglielmi G. (2008). Imaging of●
diseases of the axial and peripheral skeleton. Radiol Clin. North Am,
46:703 - 33.

Christian K. (2008). “A polymorphism at the 3′ - untranslated●
region of the CLOCK gene is associated with adult attention - deficit
. *Part B*hyperactivity disorder”. American Journal of Medical Genetics,
147B (3): 333–338.

Corsini, R. (1999). The Dictionary of Psychology, Library of●
Congress Catalog - in Publication Data.

Craig K. J. , Brown K. J. & Baum A. (1995). Environmental●
factors in the etiology of anxiety. In: Bloom FE, Kupfer DJ, eds.
New York, NY:. the Fourth Generation of Progress*:* Psychopharmacology
Raven Press; 1325–1339.

Crimmins, E. (2004). “Trends in the Health of the Elderly”.●
25:79–98.*Annual Review of Public Health*

Cumming E. , Henry W. (1961). Growing old. New York, NY:●
Basic Books.

Cunningham E. L. , McGuinness B. , Herron B. & Passmore A. P.●
. 84 (2): 79–87.*The Ulster Medical Journal*(2015). “Dementia”.

Dalla Barba G. , Nedjam Z. & Dubois B. (1999). “Confabulation,●
executive functions, and source memory in Alzheimer’s disease”. Cognitive
Neuropsychology. 16 (3–5): 385–398.

David A. & Quillen M. D. (1999). Common Causes of vision Loss●
in Elderly Patients. Am Fam Physician. 60(1): 99 - 108.

Declercq T. , Petrovic M. , Azermai M. , Vander Stichele R. , De●
Sutter A. I. , Van Driel M. L. , Christiaens T. (2013). "Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia". The Cochrane Database of Systematic Reviews. 3 (3): CD007726.

Dew M. A. , Hoch C. C. & Buysse D. J. (2003). Healthy older●
adults' sleep predicts all - cause mortality at 4 to 19 years of follow - up. 65:63 - 73.. , Med Psychosom

Draaisma, D. (2013). "Neuroscience: Losing the past". Nature.●
497 (7449): 313–314.

Devlin D. (1999). Older Women and Sexuality. Geriatr. Med.●
June: 25 - 9.

Dwyer D. S. & Mitchell O. S. (1999). Health problems as●
determinants of retirement: are self - rated measures endogenous? Journal of Health Economics. 18(2): 173 - 93.

Ebersole P. , Hess P. & Luggen A. S. (2004). Toward healthy●
ed.). St. Louis, MO: Mosby.rdaging: Human needs and nursing response (3

Ebner N. C. & Johnson M. K. (2009). Young and older emotional●
faces: are there age group differences in expression identification and 9) 329–339. (memory? Emotion

Efklides, A. , Kalaitzidou, M. , Chankin, G. (2003). Subjective●
quality of life in old age in Greece:The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging, Europian Psychologist, 8, 178 - 191.

Effros R. (2004). From Hayflick to Walford: The role of T cell● replicative senescence in human aging. Experimental Gerontology, 39(6), 885 - 890.

Ehrenfeld M. , Bronner G. , Tabak N. , Apert R. & Bergman R.● (1999). Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. Nurs Ethics, 6:144 - 9.

Enzinger C. , Thimary F. , Kapeller P. , Ropele S. , Schmidt R. ,● Ebner F. & Fazekas F. (2008). "Transient Global Amnesia: Diffusion - Weighted Imaging Lesions and Cerebrovascular Disease". Stroke. 39 (8): 2219–25.

Erikson, E. (1963). Childhood and society. New York, NY:W. W.● Norton.

Erikson E. H. , Erikson J. M. & Kivnick H. Q. (1986). Vital● involvement in old age: The experience of old age in our time. New York, NY: W. W. Norton.

Espiritu R. C. , Kripke D. F. & Ancoli - Israel S. (1994). Low● illumination by San Diego adults: association with atypical depressive 35:403 - 407.. Psychiatry symptoms. Biol

Essau C. A. & Peterman V. (1994). Depression. In E. Peterman,● (Ed.) Clinical Child Psychology – Models of Psychology Disorders, Goettingem: Hegrefe Verlag.

Ettner S. L. (1996). New Evidence on the Relationship between● Income and Health. Journal of Health Economics. 15:67 - 85.

Federici E. S. (2004). Imagem Corporal em idosos praticantes de● um programa de educação física [dissertation]. São Paulo: USP.

Feilo S. & Warren F. (1997). Sexual expression in a very old man:●
a nursing approach to care. Geriatr Nurs, 18:61 - 4.

Feldman D. C. & Beehr T. A. (2011). A three - phase model of●
retirement decision making. American Psychologist. 66(3):193–203.

Fleg J. (2012). Age - associated changes in cardiovascular●
.structure and function: a fertile milieu for future disease. Heart Fail Rev
17(0):545 - 554.

Foley D. J. , Monjan A. A. & Brown S. L. (1995). Sleep●
complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three
communities. Sleep. 18:425 - 432.

Foley D. J. , Monjan A. & Simonsick E. M. (1999). Incidence and●
remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6,
22 (suppl 2):S366 - S372.. 800 persons over three years. Sleep

Freemont A. J. , Hoyland J. A. (2007). Morphology, mechanisms●
and pathology of musculoskeletal ageing. Journal of Pathology, 211:252 - 9.

Freudenberg M. , Adams R. , Kleck, R. & Hess u. (2015).●
Through a glass darkly: facial wrinkles affect our processing of emotion in
the elderly. Front Psychology. 6:1476.

Garner B. , Garfinkel P. (1981). "Body image is anorexia nervosa:●
measurement theory and clinical implications". International Journal of
Psychiatry and Medicine, 11, 3, 263 - 284.

Goldsmith, T. (2004). Aging as an evolved characteristic -●
Weismann's theory reconsidered. Medical Hypothesis, 62(2), 304 - 308.

Goldsmith, T. C. (2011). Theories of aging and implications for●
public health. Crownsville, MD: Azinet.

Goldstein I. , Lue T. F. & Padma - Nathan (1998). Oral sildenafil●
in the treatment of erectile dysfunction. N. Engl. J. Med. 338:1397 - 404.

Goldsmith R. E. , Cheit R. E. & Wood M. E. (2009). "Evidence of●
Dissociative Amnesia in Science and Literature: Culture - Bound
Approaches to Trauma in Pope, Poliakoff, Parker, Boynes, and Hudson
(2007). Journal of Trauma & Dissociation. 10 (3): 237–253, 9.

Gorman J. M. , Kent J. M. , & Sullivan G. M. (2000).●
Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. AmJ Psychiatry.
157: 493–505.

Gosselink C. A. , Cox D. L. , McClure S. J. & De Jong M. L.●
(2008). Ravishing or ravaged: women's relationships with women in the
context of aging and Western beauty culture. Int J Aging Hum Dev.
66(4):307 - 27.

Graafmans W. C. , Ooms M. E. , Hofstee H. M. , Bezemer P. D. ,●
Bouter C. M. & Lips P. (1996). Falls in the elderly: A prospective study of
risk factors and risk profiles. Am J. Epidemiol. 143:1129 - 36.

Greg, M. (2011). "Sweet here, salty there: Evidence of a taste map●
. 333 (6047): 1213.*Science*in the mammilian brain".

Grigsby A. B. , Anderson R. J. , Freedland K. E. , Clouse R. E. &●
Lustman P. J. (2002). "Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a
systematic review". J Psychosom Res (Systematic Review). 53 (6): 1053–
*.12479986 PMID*60.

Griffiths E. (1988). No sex please,we're over 60. Nursing Times.●
84:34 - 5.

Grigg E. (1999). Sexuality and older people. Elderly Care;11:12 -●
15.

Grossman, S. & Porth, C. (2014). Porth's pathophysiology:●
ed.). Philadelphia, PA: WoltersthConcepts of altered health States (9
Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Grune T. & Davies K. (2001). Oxidative processes in aging. In E.●
edition).thMasoro & S. Austad (Eds.), Handbook of the biology of aging(5
pp. : 25 - 58. San Diego, CA:Academic Press.

Grundy S. M. , Blackburn G. , Higgins M. , Lauer R. , Perri M. G.●
& Ryan D. (1999). Physical activity in the prevention and treatment of
obesity and its comorbidities. Medicine and Science in Sports and Exercise.
31(11) Supplement 1:S502 - 8.

Grunstein R. (2005). Continuous positive airway pressure●
treatment for obstructive sleep apnea - hypopnea syndrome. In: Kryger MH,
Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 4th
ed. Philadelphia: Elsevier; 1066 - 1080.

uehne u. , Riedel - Heller S. & Angermeyer M. C. (2005).G●
"Mortality in dementia". Neuroepidemiology. 25 (3): 153–62.

Haas D. C. , Foster G. L. & Nieto F. J. (2005). Age - dependent●
associations between sleep - disordered breathing and hypertension:
importance of discriminating between systolic/diastolic hypertension and
.isolated systolic hypertension in the Sleep Heart Health Study. Circulation
111:614 - 621.

Haight B. K. , Barba B. E. , Tesh A. S. & Courts N. F. (2002).●
Thriving: A Life span theory. Journal of Gerontological Nursing, 28(3), 14 - 22.

Hajjar R. R. , Sabra M. & Touriguian S. (2012) Why geriatrics?●
The rational behind the science. Leban Med J. 60(4):188–191.

Halliwell E. & Dittmar H. (2003). A qualitative investigation of●
women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. Sex Roles. 49:675 - 84.

Hamilton, M. (1980) Rating depressive patients. Journal of●
41: 21–24.. Clinical Psychiatry

Harlow R. E. , Cantor N. (1996). Still participating after all these●
years:A study of life task participation in later life. Journal of Personality and Social Psychology, 71, 1235 - 1249.

Havighurst R. J. , Neygarten B. L. & Tobin, S. S. (1968).●
Disengagement and patterns of aging. In B. L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging. pp. :67 - 71. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Havighurst, R. (1972). Developmental tasks and education. New●
York, N. Y. : David McKay.

Havighurst R. J. , Neugarten B. L. & Tobin S. S. (1963).●
Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. In P. Hansen (Ed.), Age with a future. Pp 419 - 425. Copenhagen, Denmark: Munksgoasrd.

Havighurst R. J. & Albrecht R. (1953). Older people. Oxford,●
England: Longman, Green.

Harman, D. (2006). Understanding and modulating aging:An●
update. Annals of the New York Academy of Sciences, 1067, 10 - 21.

Hayflick, L. (1996). How and why we age. New York, NY:●
Ballantine Books.

Health, H. (2000). Sexuality and continence in older Women,●
Elderly Care, 12:32 - 4.

Hickey E. (2009). Dementia: From Diagnosis to Management: a●
Functional Approach. Psychology Press. Place of publication: New York.

Hillman J. & Stricker G. (1994). A linkage of knowledge and●
attitudes toward elderly sexuality: not necessarily a uniform relationship.
Gerontlologist, 34:256 - 60.

Hornyak M. & Trenkwalder C. (2004). Restless legs syndrome●
56:. and periodic limb movement disorder in the elderly. J Psychosom Res
543 - 548.

Huang Q. & Jianguo T. (2010). "Age - related hearing loss or●
presbycusis". European Archives of Oto - Rhino - Laryngology. 267 (8):
1179–1191.

Hurlock, Elizabeth B. (1981). Developmental psychology: a life -●
span approach. New Delhi: Tata McGraw - Hill.

Jackson G. , Betteridge J. & Dean J. (1999). A systemic approach●
to erectile dysfunction in the cardiovascular patients: a consensus statement.
Int J. Clin Pract, 53:445 - 51.

Jason P. & Louis M. (2012). Antidepressants : Pharmacology,●
Health Effects and Controversy. New York: Nova Science Publishers. p. 58.

Jones G. M. , Miesen B. L. (Eds.) (1996). Care - giving in●
dementia: Research and applications. New York, NY. :
Tavistock/Routledge.

Jourard S. , Secourd P. (1955). “Body - cathexis and the ideal
Journal of Abnormal and Social Psychology, 50:243 - 246. .«female figure

Judith T. (2011). From Sun Cities to The Villages: A History of●
Active Adult, Age - Restricted Communities. University Press of Florida.

Jung Y. & St Louis E. K. (2016). “Treatment of REM Sleep●
Behavior Disorder”. Curr Treat Options Neurol (Review). 18 (11): 50.

Jung, C. G. (1960). The structure and dynamics of the psyche.
Collected works (Vol. VIII). Oxford, England:Pantheon.

Kaas M. (1978). Sexual expression of the elderly in nursing●
homes. Gerontologist, 18:372 - 8.

Kanis J. A. (2002). Diagnosis of osteoporosis and assessment of●
fracture risk. Lancet, 359:1929 - 36.

Kane R. L. , Shamylian T, Talley K. (2012). Geriatric Syndromes●
and survival. J Am Ger Soc. , 60:896–904.

Kanwisher N. , McDermott J. & Chun M. M. (1997). The fusiform●
face area: A module in human extrastriate cortex specialized for face
perception. Journal of Neuroscience, 17(11), 4302 - 4311.

Kirmizioglu, Doğan, Kuğu & Akyüz (2009). Prevalence of●
anxiety disorders among elderly people. Int. J. Geriatr Psychiatry; 24(9):
1026 - 33.

Kreuger D. W. (1989) Body self and psychological self. New●
York: Brunner.

Kripke D. F. & Klauber M. R. (1991). Sleep disordered breathing●
14: 486 - 495.. in community - dwelling elderly. Sleep

Langs, R. (2004). “Death anxiety and the emotion - processing●
mind, Psychoanalytic Psychology”, vol. 21, no. 1, 31 - 53; Fundamentals of Adaptive Psychotherapy and Counseling. London: Palgrave - Macmillan.

Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press and the●
adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley & T. O. Byerts (Eds.), Aging and the environment: Theoretical approachesss. pp. : 33 - 59. New York, NY: Springer.

Lemon B. W. , Bengston V. L. & Peterson J. A. (1972). An●
exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in - movers to a retirement community. Journal of Gerontology, 27, 511 - 523.

Lee D. H. , Buth K. J. , Martin B. J. , Yip A. M. & Hirsch G. M.●
(2010). Frail patients are at increased risk for mortality and prolonged institutional care after cardiac surgery. Circulation. 121(8):973 - 8.

Levy B. R. , Slade M. D. , Kunkel S. & Kasl S. V. (2002).●
Longevity increased by positive self - perceptions of aging. J Pers Soc Psychol. 83(2):261 - 70.

Lewis A. J. (1934). “Melancholia: A historical review”. Journal of●
Mental Science. 80 (328): 1–42.

Lien C. T. , Gillespie N. D. , Struthers A. D. & McMurdo M. E.●
(2002). Heart failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, co -

morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. Eur J. Heart Fail. 4(1):91 - 8.

Longino C. F. & Kart C. S. (1982). Explicating activity theory: A● formal replication. Journal of Gerontolgy, 35, 713 - 722.

Losee R. & Drench M. (1996). Sexuality and sexual capcities of● elderly people. Rehabil Nurs; 21:118 - 23.

Maddox, G. L. (1963). Activity and morale: A Longitudinal study● of selected elderly subjects, Social Forces, 42, 195 - 204.

Mangweth - Matzek B. , Rupp C. I. , Hausmann A. , Assmayr K. ,● Mariacher E. , Kemmler G. , Whitworth A. B. & Biebl W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of older adults women. Int J Eat Disord. ;39(7):583 - 6.

Marshall V. W. (1996). The stage of theory in aging and the social● sciences. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), Handbook of aging and ed. , pp. 12 - 26). San Diego, CA: Academic Press.ththe social sciences (4

Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality. New York, NY:● Mason M. , Welsh E. J. & Smith I. (2013). “DrugHarper & Row. ● therapy for obstructive sleep apnoea in adults”. The Cochrane Database of Systematic Reviews.

Masters W. H. & Johnson V. E. (1970). Human Sexual● Inadequacy. Toronto; New York: Bantam Books.

Marti P. & Mats T. (2007). “Health Trends in the Elderly● 47:150– Population: Getting Better and Getting Worse”. The Gerontologist 158.

McCartney J. , Izeman H. & Cohen N. (1987). Sexuality and the● institutionalized elderly. J. Am Geriatr Soc. , 35:331 - 3.

Mendez M. F. (2012). "Early - onset Alzheimer's disease:● nonamnestic subtypes and type 2 AD". Archives of Medical Research. 43 (8): 677–85.

Michel C. J. , Evans J. M. , Fleming K. C. & Hunder G. G. (1995).● Common rheumatologic diseases in elderly patients. Mayo Clin Proc. 70:1205 - 14. PubMed.

Middlebrooks, J. C. (2009). "Auditory System: Central● . Academic Press. pp.*Encyclopedia of Neuroscience*Pathways". In Squire. 745–752.

Miller D. K. , Morley J. E. , Rubenstein L. Z. & Pietruszka F. M.● (1991). Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. J Am Geriatr Soc. 39(5):462 - 6.

Miquel, J. (1998). An update on the oxygen stress - mitochondrial● mutation theory of aging: Genetic and evolutionary implications. experimental Gerontology, 33(1 - 2), 113 - 126.

Mistretta C. M. (1984). Ageing effects on anatomy and● neurophysiology of taste and smell. Gerodontology 1984:243–248.

Moore, R. (1997). Circadian rhythms: Basic Neurobiology and● clinical application. Anual Review of medicine, 48, 253 - 266.

Monteath S. A. & McCabe M. P. (1997). The influence of societal● factors on female body image. J Soc Psychol. 137(6): 708 - 27.

Mueller C. & Renner B. (2006). A new procedure for the short●
screening of olfactory function using five items from the “Sniffin’ Sticks” identification test kit. Am J Rhinol. , 20:113–116.

Murphy C. , Schubert C. R. , Cruickshanks K. J. , Klein B. E. &●
Nondahl D. M. (2002). Prevalence of olfactory impairment in older adults, J Am Med Assoc. , vol. 288 (p:2307 - 12).

Neef D. & Walling A. D. (2006). “Dementia with Lewy bodies: an●
emerging disease”. Am Fam Physician (Review). 73 (7): 1223–29.

. Toronto:*Psychology the Science of Behaviour*Neil C. (2007). ●
Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward aPearson. p. 283.
psychology of the life cycle. In B. L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging: A reader in social psychology. pp:137 - 147. Chicago, IL:University of Chicago Press.

Neuman, C. V. (2000). Sources of meaning and energy in the●
chronically ill frail elder. Unpublished paper prepared for the Ronald E. Mcnair Research Program, University of Wisconsin - Milwaukee.

Newman M. G. , Llera S. J. , Erickson T. M. , Przeworski A. &●
Castonguay L. G. , (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology,
, 275 -*9*mechanisms, and treatment. Annual review of clinical psychology, 297.

Neumann, C. V. (2000). Sources of meaning and energy in the●
chronically ill frail elder. Unpublished paper prepared for the Ronald E. Mcnair Research Program. University of Wisconsin - Milwaukee.

Nordavist C. (2016). What can I do about wrinkles? Medical● News Today, 21 July.

O'Connor B. P. & Vallerand R. J. (1994). Motivation, self● determination, and person - environment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents . Psychology and Aging 9(2), 189 - 194.

Ohayon M. M. , Carskadon M. A. , Guilleminault C. & Vitiello M.● V. (2004). Meta - analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across 27:1255 - 1273.*Sleep.* the human life - span.

Ohayon M. M. , Caulet M. & Priest R. G. (1997). Violent behavior● 58:369 - 376.. during sleep. J Clin Psychiatry

Orgel, L. (1970). The maintenance of the accuracy of protein● synthesis and its relevance to aging: A correction. Proceedings of the National Academy of sciences, 67, 1476.

Ostberg H. & Samuelsson S. (1994). Occupational retirement in● women due to age. Scandinavian Journal of Social Medicine. 2:90 - 96.

Palmore, Fillenbaum & George (1984). Consequences of● retirement. J Gerontol. 1984 Jan; 39(1):109 - 16.

Pantoni L. & Inzitari D. (1993). "Hachinski's ischemic score and● the diagnosis of vascular dementia: a review". Italian Journal of Neurological Sciences. 14 (7): 539–46.

Park J. & Roh S. (2013). Daily spiritual experiences, social● support, and depression among elderly Korean immigrants. Aging & Mental Health, 17(1), pp: 102 - 108.

Paul K. , Wagner P. & Epstein L. (2005). “Pulmonary Physicians●
in the Practice of Sleep Medicine”. Chest. American College of Chest Physicians. 128 (6): 3788–90.

Pauls D. L. (1995). A family study of obsessive - compulsive●
. 152(1):76–84.*Am J Psychiatry*disorder.

Peggy H. & Charles S. (1987). “Beta - blockers in anxiety●
disorders”. Journal of Affective Disorders. 13 (2): 119–30.

Pfeiffer E. , Verwoerdt A. & Davis G. C. (1972). Sexual behavior●
in middle life. Am J Psychiatry. 128:1262–7.

Porth, C. (2009). Pathophysiology: Concepts of altered health●
ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.thstates (8

Poreh A. , Winocurb G. , Moscovitch M. , Backon M. , Goshen E.●
, Ram Z. & Feldman Z. (2006). “Anterograde and retrograde amnesia in a person with bilateral fornix lesions following removal of a colloid cyst”. Neuropsychologia. 44 (12): 2241–2248.

Pratt L. A. & Brody D. J. (2014). Depression and obesity in the u.●
S. adult household population. NCHS Data Brief, October, Volume 167, pp. 1 - 8.

Rapkin B. D. , Fischer K. (1992). Personal goals of older●
adults:Issues in assessment and prediction, Psychology and Aging, 7, 127 - 137.

Rawlins R. P. , Williams S. R. & Beck C. K. (1993). Mental health●
- psychiatric nursing: a holistic life - cycle approach. 3rd ed. s. l. : St. Louis: Mosby.

Reboussin B. A. , Rejeskib W. J. , Martinb K. A. , Callahanc K. ,●
Dunnd A. L. , Kingc A. C. & Sallise J. F. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle - and - older aged Psychol Health. ; 15(2):e239 -*)*. adults: the activity counseling trial (ACT 54.

Rempel - Clower N. L. , Zola S. M. , Squire L. R. & Amaral D. G.●
(1996). "Three cases of enduring memory impairment after bilateral damage limited to the hippocampal formation". The Journal of
16 (16): 5233–5255.. Neuroscience

Richard B. & Jerrold L. (2014). "Preoperative Anxiety●
Management, Emergence Delirium, and Postoperative Behavior".
32 (1): 1–23.*Anesthesiology Clinics.*

Richardson G. & Tate B. (2000). Hormonal and pharmacological●
manipulation of the circadian clock:Recent developments and future strategies. sleep, 23 (Suppl. 3). S77 - S88.

Richardson V. & Kilty K. (1991): Adjustment to Retirement:●
Continuity VS. Discontinuity. International Journal of Aging and Human Development Vol. 33, No. 2, pp. 151 – 169.

Ries W. , Pothig D. (1984). Chronological and biological age.●
Experimental Gerontology. Volume 19, Issue 3, pp: 211 - 216.

Riley M. W. , Johnson M. , Foner A. (1972). Aging and society: A●
sociology of age stratification (Vol. 3). New York, NY: Russell Sage Foundation.

Riley,Riley A. (1999). Sex in old age. Geriatr Med. , 3:25 - 8. ●
M. W. (1994). Age integration and the lives of older people. Gerontologist,

34, 110 - 115.

Rink L. , Cakman I. & Kirchner H. (1998). Altered cytokine●
production in the elderly. Mech Ageing Dev. 15;102(2 - 3):199 - 209.

Reitz C. & Mayeux R. (2014). “Alzheimer disease: epidemiology,●
diagnostic criteria, risk factors and biomarkers”. Biochemical
Pharmacology. 88 (4): 640–51.

Rose, A. M. (1965). The sunculture of the aging: A framework for●
reaserch in social gerontology. In A. M. Rose & W. Peterson (Eds.), Older
people and their social worlds. pp. :3 - 16. Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Şahin Cankurtaran, E. (2014). “Management of Behavioral and●
Psychological Symptoms of Dementia”. Noro psikiyatri arsivi. 51 (4): 303–
312.

Saffer H. & Dave D. (2005). The effect of alcohol consumption on●
the earnings of older workers. In Advances in Health Economics and Health
Services Research, Volume 16, eds: Bjorn Lindgren and Michael Grossman.
JAI Press: Greenwich, CT.

Salter D. M. (2002). Degenerative joint desease. Curr Diagn●
Sam, K. (2015). “The science of satisfaction”.Pathol. 8: (11 - 8).
Distillations Magazine. 1 (3): 5.

Schenck C. H. , Bundlie S. R. & Mahowald M. W. (1996).●
Delayed emergence of a parkinsonian disorder in 38% of 29 older men
initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior
46:388 - 393.. disorder. Neurology

Schilder, P. (1978). The image and appearance of the human body.●
New York: International Press. (Original work published in 1935).

Schroots, J. F. (1996). Theoretical developments in the psychology● of aging. Gerontologist, 36, 742 - 748.

Schroots, J. J. F. (2003). Life course dynamics: A reaserch● program in progress from the Netherlands. European Psychologist, 8, 192 - 199.

Shahar E. , Whitney C. W. & Redline S. (2001). Sleep - disordered● breathing and cardiovascular disease: cross sectional results of the Sleep Heart Health Study. Am J Respir Crit Care Med. 163:19 - 25.

Shott S. R. , Amin R. , Chini B. , Heubi C. , Hotze S. & Akers R.● (2006). "Obstructive sleep apnea: Should all children with Down syndrome be tested?". Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 132 (4): 432–6.

Silver J. M. , McAllister T. W. & Yudofsky S. C. (2005). Textbook● Of Traumatic Brain Injury. American Psychiatric Pub. , Inc. p. 63.

Silverman, L. K. (1997). The construct of asynchronous● development. Peabody Journal of Education, 72(3&4), 36 - 58.

Sim A. , Johnston A. , Owen C. & Burne T. (2006). Olfactory● Ability in the Healthy Population:Reassessing Presbyosmia. Chemical Senses, Volume 31, (8)pp: 736 - 771.

Singh H. &Torralba K. D. (2008). Therapeutic challenges in the● management of gout in the elderly. (20). Geriatrics. 63:13 - 8. PubMed.

Slade, P. (1988). "Body Image in anorexia nervosa". British● Journal of Psychiatry. 153, 2, 20 - 22.

Slagboom P. , Bastian T. , Beekman M. , Wendendorf R. , &● Meulenbelt I. (2000). Genetics of human aging. Annals of the New York

Academy of Science, 908, 50 - 61.

Smeltzer S. C. , Bare B. G. , Hinkle J. L. & Cheever K. H. (2010).● Brunner & Suddharth'S Textbook Of Medical - Surgical Nursing. 12th edition ed. s. l. : Lippincott Raven Publishers.

Sterndale M. (2000). "Body Dysmorphic Disorder". Magazine For● Hypnosis And Hypnotherapy Body Dysmorphic Disorder. UK. Lancashire area, 54, 13 - 14.

Strange D. , Wade K. & Hayne H. (2008). "Creating False● memories for Events that Occurred Before Versus After the Offset of Childhood Amnesia". Memory. 16 (5): 475–484.

Stuart G. & Sundeen S. (1979). Principles and Practice of● Psychiatric Nursing. ST. Louis, MO, USA: Mosby.

Sutherland J. E. , Sutherland S. J. & Hoehns J. D. (2003).● "Achieving the best outcome in treatment of depression". Journal of Family Practice. 52 (3): 201–09.

Szinovacz M. E. & Davey A. (2004). Retirement transitions and● spouse disability: effects on depressive symptoms. Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 59(6): S333 - 42.

Tien - Hyatt J. L. (1987). Self - perceptions of aging across● cultures: Myth or reality? Int J Aging Hum Dev. 24:129–48.

"Immunohistochemistry for*Tan D. & Zander D. S. (2008).* ● .Assessment of Pulmonary and Pleural Neoplasms: A Review and Update" Int. J. Clin. Exp. Pathol. 1 (1): 19–31.

Tantleff S. & Heinberg L. (1999). Exacting beauty: Theory,● assessments and treatment of body image disturbance. Washington, D. C. : American Psychological Association.

Taylor, W. (2015). Should Antidepressant Medications Be Used in● the Elderly? Expert Rev Neurother. 15(9): 961–963.

Thompson, J. (1990). Body image disturbance:Assessment and● Treatment. Elmsford, Pergamon Press.

Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence: A theoretical and● empirical exploration. In L. E. Thomas & S. A. Eisenhandler (Eds.), Aging and the religious dimension. pp: 203 - 226. Westport, CT:Greenwood.

Troll L. E. & Skaff M. M. (1997). Percieved continuity of self in● very old age. Psychology and Aging. 12(1). 162 - 169.

Tuomi K. , Jarvinen E. , Eskelinen L. , Ilmarinen J. & Klockars M.● (1991). Effect of retirement on health and work ability among municipal employees. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 17 (supplement 1): 75 - 81.

Turecki M. M. , Taljanovic M. S. , Stubbs A. Y. , Graham A. R. &● Hunter T. B. (2010). Imaging of musculoskeletal soft tissue infections. Skeletal Radiol. 39:957 - 71. PubMed.

Turpin S. & Lambert R. (2001). Role of scintigraphy in● musculoskeletal and spinal infections. Radiol Clin North Am. 39:169 - 89. PubMed.

Uhlenberg, P. (1996). The burden of aging: A theoretical● framework for understanding the shifting balance of care giving and cre receiving as cohorts age. Gerontologist, 36, 761 - 767.

Ulrich V. & Christian G. (2012). “Sleep disorders”. Neurobiology●
of Psychiatric Disorders. Handbook of Clinical Neurology. 106. pp. 527–40.

Van der Heijden K. B. , Smits M. G. , Van Someren E. J. &●
Gunning W. B. (2005). “Idiopathic chronic sleep onset insomnia in attention - deficit/hyperactivity disorder: a circadian rhythm sleep disorder”. Chronobiology International. 22 (3): 559–70.

Vladimir D. & Ward D. (1992). The Neuroendocrine Theory of●
Aging, The Center for Bio - Gerontology, Pensacola.

Wadensten, B. (2002). Gerotranscendence from a nursing●
perspective; From theory to implementation. Uppsala University.

Waldemar G. (2007). Recommendations for the Diagnosis and●
Management of Alzheimer’s Disease and Other Disorders Associated with Dementia: EFNS guideline. European Journal of Neurology. January 14 (1): e1–26.

Walker B. L. (1997). Sexuality and the elderly: A research guide.●
Anotated ed. Westport, CT:Green wood Press.

Willcox S. (1997). Age and Gender in Relation to Body Attitudes. Is●
65.There a Double Standard of Aging? Psychol Women Q. 21(4):549 -

Wilkinson J. A. & Ferraro K. F. (2002). Thirty years of ageism●
research. In: Nelson TD, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.

Wolff J. L. & Starfield B. , Anderson G. (2002). Prevelance,●
expenditures, And complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern, 162:2269 - 76.

Woods B. , Aguirre E. , Spector A. E. & Orrell M. (2012).●
"Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia". The Cochrane Database of Systematic Reviews.

Yaron D. (2002). "Circadian rhythm sleep disorders (CRSD)" .●
Sleep Medicine Reviews. Elsevier. 6 (1): 45–54.

Yin, P. , Lai, K. H. (1983). A reconceptualization of age●
stratification in China. Journal of Gerontology, 38, 608 - 613.

Yoshimura K. , Yamada M. , Kajiwara Y. , Nishiguchi S. &●
Aoyama T. (2013). Relationship between depression and risk of malnutrition among community - dwelling young - old and old - old elderly people. Aging and mental health, 17(4), pp. 456 - 460.

Zdychnec L. (2011). "Essential Elder Law Planning for LGBT●
Clients". Elder Law Report. 22 (7): 1–5.

Zhang Y. , SooKim M. , Jia B. , Yan J. , Hertz J. , Han C. & Cai D.●
(2017). Hypothalamic stem Cells control ageing speed partly through exo somal miRNAs. Nature 548, 52 - 57.

الفهرس

Notes

[1←]

زهران، حامد (1986)، علم نفس الـ نموّ الطفولة والمراهقة، مصر: دار المعارف، صفحة 12-13

[2←]

Armstrong, T (2008) The Human Odyssey: Navigating the Twelve Stages of Life. New York: Sterling

[3←]

مجمع اللغة العربية (1980). القاهرة: مطابع شركة الإعلانات الشرقية

[4←]

قناوي، هدى محمد (1987). سيكولوجية المسنين. مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة

[5←]

قنديل، أماني (1993). أوضاع المسنين في منطقة غربي آسيا. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي. القاهرة

[6←]

Corsini, R. (1999). The Dictionary of Psychology, Library of Congress Catalog-in Publication Data

[7←]

غروبي، رشيقة (1993). أوضاع المسنين في سوريا. اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الإسكوا، الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي الاجتماعي، القاهرة

[8←]

Kane RL, Shamylian T, Talley K. (2012). Geriatric Syndromes and survival. J. Am Ger Soc., 60:896–904

[9←]

Hurlock, Elizabeth B. (1981). Developmental psychology: a life-span approach. New Delhi : Tata McGraw-Hill

[10←]

Silverman, L. K. (1997). The construct of asynchronous development. Peabody Journal ofEducation, 72(3&4), 36-58

[11←]

Ries, W., Pothig, D. (1984). Chronological and biological age. Experimental Gerontology. Volume 19, Issue 3, pp: 211-216

[12←]

Billari, F. C. (2009). The life course is coming of age. Advances in Life Course 86–83Research, 14(3):

[13←]

Benny Barak & Leon G. Schiffman (1981). «Cognitive Age: a Nonchronological Age Variable». Association for Consumer Research, Volume 8 Pages: 602-606

[14←]

Crimmins, Eileen(2004). Trends in the Health of the Elderly. Annual Review of Public health. 25:79-98

[15←]

Hajjar R. R., Sabra M., Touriguian S. (2012) Why geriatrics? The rational behind the science. Leban Med J. 60(4):188–191

[16←]

المرجع نفسه

[17←]

Haight, B. K., Barba, B. E., Tesh, A. S. &Courts, N. F. (2002). Thriving: A Life span theory. Journal of Gerontological Nursing, 28(3), 14-22

[18←]

Havighurst, R. J., Albrecht, R. (1953). Older people. Oxford, England: Longman, Green

[19←]

Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., Tobin, S. S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. In P. Hansen (Ed.), Age with a future. pp419-425. Copenhagen, Denmark : Munksgoasrd

[20←]

Birren, J. E., Schroots, J. F. (2001). History of gero-psychology. In J. E. Birren(Ed.), Handbook of the psychology of aging (5thed., pp. 3-28). San Diego, CA:Academic Press

[21←]

Maddox, G. L. (1963). Activity and morale:A Longitudinal study of selected elderly subjects, Social Forces, 42, 195-204

[22←]

المرجع السابق (Birren & Schroots, 2001)

[23←]

Lemon, B.W, Bengston, V.L.; Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging:Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement 511-523, 27community. Journal of Gerontology,

[24←]

Longino, C. F., Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory:A formal replication. Journal of Gerontolgy, 35, 713-722

[25←]

Harlow, R.E. & Cantor, N. (1996). Still participating after all these years:A study of life task participation in later life. Journal of Personality and Social Psychology, 71, 1235-1249

[26←]

Schroots, J. F. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. Gerontologist, 36, 742-748

[27←]

Cumming, E., Henry, W. (1961). Growing old. New York, NY: Basic Books

[28←]

Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span development psychology:On 611-626 ,23the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology,

المرجع السابق (Lemon et al., 1972)

Neuman, C.V. (2000). Sources of meaning and energy in the chronically ill frail elder. Unpublished paper prepared for the Ronald E. Mcnair Research Program,

University of Wisconsin-Milwaukee

(Schroots, 1996) المرجع السابق

[29←]

Achenbaum, W. A. & Bengston, B. L. (1994). Re-engaging the disengagement theory - of aging; On the history and assessment of theory development in gerontology. Gerontologist, 34, 756-763

Marshall, V. W. (1996). The stage of theory in aging and the social sciences. In R. H., Binstock &L. K. George (Eds.), Handbook of aging and the social sciences (4th ed., pp. 12-26). San Diego, CA:Academic Press

[30←]

Rapkin, B. D.& Fischer, K. (1992). Personal goals of older adults:Issues in assessment and prediction, Psychology and Aging, 7, 127-137

[31←]

Rose, A. M. (1965). The sunculture of the aging:A framework for reaserch in social gerontology. In A. M. Rose & W.Peterson (Eds.), Older people and their social worlds. pp. :3-16. Philadelphia, PA:F. A. Davis

[32←]

Riley, M. W. Johnson, M. &Foner, A. (1972). Aging and society:A sociology of age stratification (Vol. 3). New York, NY:Russell Sage Foundation

[33←]

Riley, M. W. (1994). Age integration and the lives of older people. Gerontologist, 34, 110-115

[34←]

(Marshall, 1996) مرجع سابق

[35←]

Uhlenberg, P. (1996). The burden of aging:A theoretical framework for understanding the shifting balance of care giving and cre receiving as cohorts age. Gerontologist, 36, 761-767

[36←]

Yin, P. & Lai, K. H. (1983). A reconceptualization of age stratification in China. Journal of Gerontology, 38, 608-613

[37←]

Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley&T. O. Byerts (Eds.), Aging and the environment: Theoretical approaches. pp.: 33-59. New York, NY: Springer

[38←]

Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley&T. O. Byerts (Eds.), Aging and the environment :Theoretical approachesss. pp. :33-59. New York, NY:Springer

[39←]

O'Connor, B. P. & Vallerand, R. J. (1994). Motivation, self determination, and person-environment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents . Psychology and Aging 9(2), 189-194

[40←]

Havighurst, R.J.; Neygarten, B.L. & Tobin, S.S. (1968). Disengagement and patterns of aging. In B.L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging. pp. :67-71. Chicago, IL: University of Chicago Press

[41←]

المرجع السابق (Havighurst, 1963)

[42←]

Havighurst, R. (1972). Developmental tasks and education. New York, NY:David McKay

[43←]

Troll, L.E. & Skaff, M.M. (1997). Percieved continuity of self in very old age. Psychology and Aging. 12(1). 162-169

[44←]

Efklides, A., Kalaitzidou, M. & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece:The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging, Europian Psychologist, 8, 178-191

[45←]

Agahi, N., Ahacic, K. & Parker, M. G. (2006). Continuity of leisure participation from B(6), S340-S34661middle age to old age. The Journal of Gerontology,

[46←]

(Birren & Schroots, 2001) المرجع السابق

[47←]

Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence: A theoretical and empirical exploration. In L. E. Thomas & S.A. Eisenhandler (Eds.), Aging and the religious dimension. pp:203-226. Westport, CT: Greenwood

[48←]

Schroots, J. J. F. (2003). Life course dynamics:A reaserch program in progress from the Netherlands. European Psychologist, 8, 192-199

[49←]

Wadensten, B. (2002). Gerotranscendence from a nursing perspective;From theory to implementation. Uppsala University

[50←]

Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality. New York, NY: Harper & Row

[51←]

Hess, P. & Luggen, A.S. (2004). Toward healthy aging: Human needs and;Ebersole, P. nursing response (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby

[52←]

Jones, G.M. & Miesen, B.L. (Eds.) (1996). Care-giving in dementia: Research and Routledge/applications. New York, NY.: Tavistock

[53←]

Jung, C.G. (1960). The structure and dynamics of the psyche. Collected works (Vol. VIII). Oxford, England: Pantheon

[54←]

Neugarten, B. L. (1968). Adult personality:Toward a psychology of the life cycle. In B. L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging:A reader in sociall psychology. pp:137-147. Chicago, IL:University of Chicago Press

[55←]

Erikson, E.H.; Erikson, J.M. & Kivnick, H. Q. (1986). Vital involvement in old age: The experience of old age in our time. New York, NY: W.W.Norton

[56←]

Neumann, C.V. (2000). Sources of meaning and energy in the chronically ill frail elder. Unpublished paper prepared for the Ronald E. Mcnair Research Program. University of Wisconsin-Milwaukee

[57←]

Back, K. (1980). Life course: Integrated theories and exemplary populations. Boulder, CO: Westview Press

[58←]

Erikson, E. (1963). Childhood and Society. New York, NY: W.W. Norton

[59←]

المرجع السابق (Baltes, 1987)

[60←]

Cumming, E. & Henry, W. (1961). Growing old. New York, NY: Basic Books

[61←]

Carlson, E. & Chamberlian, R. (2005). Allostatic load and health disparities: A theoretical orientation. Research in Nursing and health, 28(4), 306-315

Miquel, J. (1998). An update on the oxygen stress-mitochondrial mutation theory of aging: Genetic and evolutionary implications. Experimental Gerontology, 33(1-2), 113-126

[62←]

Harman, D. (2006). Understanding and modulating aging: An update. Annals of the New York Academy of Sciences, 1067, 10-21

Goldsmith, T.C. (2011). Theories of aging and implications for public health. Crownsville, MD: Azinet

[63←]

Free Radical:an uncharged molecule (typically highly reactive and short-lived) having an unpaired valency electron

[64←]

DNA: deoxyribonucleic acid, a self-replicating material which is present in nearly all living organisms as the main constituent of chromosomes. It is the carrier of genetic information

[65←]

RNA: ribonucleic acid, a nucleic acid present in all living cells. Its principal role is to act as a messenger carrying instructions from DNA for controlling the synthesis of proteins, although in some viruses RNA rather than DNA carries the genetic information

[66←]

Ames, B. (2004). Mitochondrial decay, a major cause of aging, can be delayed. Journal of Alzheimer's Disease, 6(2), 117-121

[67←]

Orgel, L. (1970). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging:A correction. Proceedings of the National Academy of sciences, 67, 1476

[68←]

Hayflick, L. (1996). How and why we age. New York, NY: Ballantine Books

[69←]

Elastin: a protein forming the main constituent of elastic connective tissue, found especially in the dermis of the skin

[70←]

Goldsmith, T. (2004). Aging as an evolved characteristic-Weismann's theory reconsidered. Medical Hypothesis, 62(2), 304-308

[71←]

Telomere: Either (free) end of a eukaryotic chromosome; telomeres act as caps to keep the sticky ends of chromosomes from randomly clumping together

[72←]

Telomeras the enzyme in a eukaryote that repairs the telomeres of the chromosomes so that they do not become progressively shorter during successive rounds of chromosome replication

[73←]

Slagboom, P., Bastian, T., Beekman, M., Wendendorf, R., &Meulenbelt, I. (2000). Genetics of human aging. Annals of the New York Academy of Science, 908, 50-61

[74←]

Ahrendt, J. (2000). Melatonin, circadian rhythms, and sleep. New England Journal of Medicine, 343, 1114-1115

Moore, R. (1997). Circadian rhythms: Basic Neurobiology and clinical application. Anual Review of medicine, 48, 253-266

Richardson, G. & Tate, B. (2000). Hormonal and pharmacological manipulation of the circadian clock: Recent developments and future strategies. sleep, 23 (Suppl. 3). S77-S88

[75←]

Porth, C. (2009). Pathophysiology: Concepts of altered health states (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

[76←]

Milatonin: a hormone secreted by the pineal gland which inhibits melanin formation and is thought to be concerned with regulating the reproductive cycle

[77←]

المرجع السابق (Ahrendt, 2000)

[78←]

Vladimir, D. & Ward, D. (1992). The Neuroendocrine Theory of Aging, The Center for Bio-Gerontology, Pensacola

[79←]

Effros R. (2004). From Hayflick to Walford: The role of T cell replicative senescence in 885-890 ,(6)39human aging. Experimental Gerontology,

[80←]

Thymus gland: a lymphoid organ situated in the neck of vertebrates which produces T-lymphocytes for the immune system. The human thymus becomes much smaller at the approach of puberty

[81←]

Grossman, S. & Porth, C. (2014). Porth's pathophysiology: Concepts of altered health States (9th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins

[82←]

Interleukin: any of a class of glycoproteins produced by leucocytes for regulating immune responses

[83←]

Cytokine: any of a number of substances, such as interferon, interleukin, and growth factors, which are secreted by certain cells of the immune system and have an effect on other cells

[84←]

. (1998). Altered cytokine production in the elderly. MechCakman I. & Kirchner H., Ageing Dev. 15; 102(2-3): 199-209

[85←]

Bartzokis G., Cumming J.L., Sultzer D., Henderson V.W., Neuchterlein K.H. & Mintz J. (2003). White matter structural integrityin healthy aging adults and patients with Alzheimer disease: a magnetic resonanceimaging study. Arch Neurol. 60(3): 393-8

[86←]

Zhang Y., SooKim M., Jia B., Yan J., Zuniga-Hertz J., Han C. & Cai D. (2017). Hypothalamic stem Cells control ageing speed partly through exo somal miRNAs. Nature 548, 52-57

[87←]

Fleg J. (2012). Age-associated changes in cardiovascular structure and function: a Rev. 17(0): 545-554fertile milieu for future disease. Heart Fail

[88←]

Lee D.H., Buth K.J., Martin B.J., Yip A.M. & Hirsch G.M. (2010). Frail patients are at increased risk for mortality and prolonged institutional care after cardiac surgery. Circulation. 121(8): 973-8

[89←]

Lien C.T., Gillespie N.D., Struthers A.D. & McMurdo M.E. (2002). Heart failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, co-morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. Eur J. Heart Fail. 4(1): 91-8

[90←]

Grune T. & Davies K. (2001). Oxidative processes in aging. In E. Masoro & S. Austad (Eds.), Handbook of the biology of aging (5th edition). pp.: 25-58. San Diego, CA: Academic Press

[91←]

Immunohistochemistry for Assessment of Pulmonary“Tan D. & Zander D. S. (2008). . Int J Clin Exp Pathol. 1 (1): 19–31”and Pleural Neoplasms: A Review and Update

[92←]

Nordavist C. (2016). What can I do about wrinkles? Medical News Today, 21 July

[93←]

Freudenberg M., Adams R., Kleck, R. & Hess, U. (2015). Through a glass darkly: facial wrinkles affect our processing of emotion in the elderly. Front Psychology. 6: 1476

[94←]

Ebner N.C. & Johnson M.K. (2009). Young and older emotional faces: are there age group differences in expression identification and memory? Emotion (9) 329–339

[95←]

Freemont A.J., Hoyland J.A. (2007). Morphology, mechanisms and pathology of musculoskeletal ageing. Journal of Pathology, 211:252-9

[96←]

Wolff J.L., Starfield B. & Anderson G. (2002). Prevelance, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern, 162:2269-76

[97←]

Cheong H.W., Peh W.C. & Guglielmi G. (2008). Imaging of diseases of the axial and peripheral skeleton. Radiol Clin. North Am, 46:703-33, VI

[98←]

Kanis J.A. (2002). Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. Lancet, 359:1929-36

[99←]

Graafmans W.C., Ooms M.E., Hofstee H.M., Bezemer P.D., Bouter C.M. & Lips P. (1996). Falls in the elderly: A prospective study of risk factors and risk profiles. Am J. Epidemiol 143:1129-36

[100←]

Guglielmi G., Muscarella S., Leone A. & Peh W.C. (2008). Imaging of metabolic bone diseases. Radiol Clin North Am, 46:735-54, VI

[101←]

Salter D.M. (2002). Degenerative joint desease. Curr Diagn Pathol. 8: (11-8)

[102←]

Michel C.J., Evans J.M., Fleming K.C. & Hunder G.G. (1995). Common rheumatologic diseases in elderly patients. Mayo Clin Proc. 70:1205-14. PubMed

[103←]

Singh H. & Torralba K.D. (2008). Therapeutic challenges in the management of gout in the elderly. (20). Geriatrics. 63:13-8

[104←]

Turecki M.M., Taljanovic M.S., Stubbs AY., Graham A.R. & Hunter T.B. (2010). Imaging of musculoskeletal soft tissue infections. Skeletal Radiol. 39:957-71

[105←]

Turpin S. & Lambert R. (2001). Role of scintigraphy in musculoskeletal and spinal infections. Radiol Clin North Am. 39:169-89

[106←]

David A. & Quillen M.D. (1999). Common Causes of vision Loss in Elderly Patients. Am Fam Physician. 60(1):99-108

[107←]

Middlebrooks, J.C. (2009). «Auditory System: Central Pathways». In Squire. Encyclopedia of Neuroscience. Academic Press. pp. 745–752

[108←]

Huang, Q. & Jianguo T. (2010). «Age-related hearing loss or presbycusis». European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 267 (8): 1179–1191

[109←]

Sim A., Johnston A., Owen C. & Burne T. (2006). Olfactory Ability in the Healthy Population:Reassessing Presbyosmia. Chemical Senses, Volume 31, (8)pp: 736-771

[110←]

Murphy C., Schubert C.R., Cruickshanks K.J., Klein B.E. & Nondahl D.M. (2002). Prevalence of olfactory impairment in older adults, J Am Med Assoc., vol. 288 (p:2307-12)

[111←]

Mueller C. & Renner B. (2006). A new procedure for the short screening of olfactory identification test kit. Am J" Sticks'Sniffin"function using five items from the Rhinol, 20:113–116

[112←]

Bromley, S.M. (2000). Smell and taste disorders: A primary care approach. American 436Family Physician, 61(2), 427-

[113←]

Ducastel B. & Murphy C. (2003). FMRI brain activation in response to odors is-Cerf reduced in primary olfactory areas of elderly subjects. Brain Res. 986(1-2):39-53

[114←]

. Distillations Magazine. 1 (3): 5"The science of satisfaction"Sam, K. (2015).

[115←]

Mistretta C.M. (1984). Ageing effects on anatomy and neurophysiology of taste and smell. Gerodontology 1984: 243–248

[116←]

Greg, M. (2011). «Sweet here, salty there: Evidence of a taste map in the mammilian brain». Science. 333 (6047): 1213

[117←]

Marti P. & Mats T. (2007). «Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse». The Gerontologist 47:150–158

[118←]

Beattie J.W. (1963). Elderly Life; Its characteristics, Needs and Philosophy. The Journal of the College of General Practitioners. 6(1):20-34

[119←]

Crimmins, E. (2004). «Trends in the Health of the Elderly». Annual Review of Public Health 25:79–98

[120←]

مبروك، عزة (2002). تقييم الذات وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين، دراسات عربية في علم النفس، المجلد الأول – العدد 2، القاهرة – مصر

[121←]

راشد، سهام (1995). الاكتئاب في المسنين. مجلة الثقافة النفسية، العدد 21 – المجلد السادس، كانون الثاني، دار النهضة العربية، بيروت لبنان

[122←]

Schilder, P. (1978). The image and appearance of the human body. New York: International Press. (Original work published in 1935)

[123←]

Slade, P. (1988). «Body Image in Anorexia Nervosa». British Journal of Psychiatry. 153, 2, 20-22

[124←]

عبد الحميد، جابر و كفافي، علاء الدين (1989). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية

Thompson, J. (1990). Body image disturbance: Assessment and Treatment Elmsford, Pergamon Press

[125←]

كفافي، علاء الدين و النيال، مايسة أحمد (1996). » صورة الجسم وبعض المتغيرات لدى عينات من المراهقات«، مجلة علم النفس، العدد 39، ص: 9

[126←]

Castle, D. (1998). Body Dysmorphic Disorder: A Guide for people with BDD. Mental Health Research Institute & The University of Melbourne. 155 Oak Street, Parkville, VIC

Tantleff, S. & Heinberg, L. (1999). Exacting beauty: Theory, assessments and treatment of body image disturbance. Washington, D.C.: American Psychological Association

Sterndale M. (2000). “Body Dysmorphic Disorder”. Magazine For Hypnosis And Hypnotherapy Body Dysmorphic Disorder. UK. Lancashire area, 54, 13-14

[127←]

Jourard, S.; Secourd, P. (1955). «Body-cathexis and the ideal female figure». Journal of Abnormal and Social Psychology, 50:243-246

Garner, B.; Garfinkel, P. (1981). „Body Image is Anorexia Nervosa: Measurement Theory and Clinical Implications“. International Journal of Psychiatry and Medicine, 11, 3, 263-284

[128←]

Thompson, J. (1990). Body image disturbance: Assessment and Treatment. Elmsford, Pergamon Press

[129←]

Kreuger D.W. (1989) Body self and psychological self. New York: Brunner

[130←]

Camarano A.A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Brasília: IPEA

[131←]

Mangweth-Matzek B., Rupp C.I., Hausmann A., Assmayr K., Mariacher E., Kemmler G., Whitworth A.B. & Biebl W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of older adults women. Int J Eat Disord.; 39(7):583-6

[132←]

Chaim J., Izzo H. & Sera C. (2009). To Care in Health: satisfaction with body image and self-esteem of old people. Mundo Saúde(2):175-181

[133←]

s’s and men’Halliwell E. & Dittmar H. (2003). A qualitative investigation of women body image concerns and their attitudes toward aging. Sex Roles. 49:675-84

[134←]

Baker L. & Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. Ageing and Society. 29:977-95

[135←]

Miller D.K., Morley J.E., Rubenstein L.Z. & Pietruszka F.M. (1991). Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. J Am Geriatr Soc. 39(5):462-6

[136←]

Willcox S. (1997). Age and Gender in Relation to Body Attitudes. Is There a Double Standard of Aging? Psychol Women Q. 21(4):549-65

[137←]

Reboussin B.A., Rejeskib W.J., Martinb K.A., Callahanc K., Dunnd A.L., Kingc A.C. & Sallise J.F. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle and older aged adults: the activity counseling trial (ACT). Psychol Health.; 15(2):e239-54

[138←]

Gosselink C.A., Cox D.L., McClure S.J. & De Jong M.L. (2008). Ravishing or ravaged: women's relationships with women in the context of aging and Western beauty culture. Int J Aging Hum Dev. 2008;66(4):307-27

[139←]

Federici E.S. (2004). Imagem Corporal em idosos praticantes de um programa de educação física [dissertation]. São Paulo: USP

[140←]

Bedford J.L. & Johnson C.S. (2006). Societal influences on body image dissatisfaction 41-55:(1)18in younger and older women. J Women Aging.

[141←]

Monteath S.A. & McCabe M.P. (1997). The influence of societal factors on female body image. J Soc Psychol. 137(6): 708-27

[142←]

كلمة Gerontology مشتقة من الكلمة اليونانية geron (old man) وphobos (fear)

[143←]

Wilkinson J.A. & Ferraro K.F. (2002). Thirty years of ageism research. In: Nelson TD, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology

[144←]
Levy B.R., Slade M.D., Kunkel S. & Kasl S.V. (2002). Longevity increased by positive 70-self-perceptions of aging. J Pers Soc Psychol. 83(2):261

[145←]
Lewis, A.J. (1934). «Melancholia: A historical review». Journal of Mental Science. 80 (328): 1–42

[146←]
الحفني، عبد المنعم (1995). موسوعة الطب النفسي. القاهرة، مكتبة مدبولي

[147←]
عبد الستار، إبراهيم (1998). الاكتئاب . الكويت، عالم المعرفة، 239

[148←]
Essau, C.A. & Peterman, V. (1994). Depression. In E. Peterman, (Ed.) Clinical Child Psychology – Models of Psychology Disorders, Goettingem: Hegrefe Verlag

[149←]
American Psychiatric Association (APA – 1995). Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders. 4th ed., (DSM – IV). Washington, D.C.

[150←]
عبد الخالق، أحمد (1999). دليل تعليمات قائمة »بيك« للإكتئاب. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية

[151←]
Beck, A. (1976). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York:Harper and Row

[152←]
Hamilton, M. (1980) Rating depressive patients. Journal of Clinical Psychiatry. 41: 21–24

[153←]
Barry L.C., Abou J.J., Simen A.A. & Gill T.M., (2012). Under-treatment of depression in older persons. Journal of Affective Disorders, 136(3), pp. 789-796

[154←]

Park J. & Roh S. (2013). Daily spiritual experiences, social support, and depression among elderly Korean immigrants. Aging & Mental Health, 17(1), pp:102-108

[155←]

Rawlins R.P., Williams S.R. & Beck C.K. (1993). Mental health-psychiatric nursing: a holistic life-cycle approach. 3rd ed. s. l. St. Louis: Mosby

[156←]

Yoshimura K., Yamada M., Kajiwara Y., Nishiguchi S. & Aoyama T. (2013). Relationship between depression and risk of malnutrition among community-dwelling young-old and old-old elderly people. Aging & Mental Health, 17(4), 456-460

[157←]

Pratt L.A. & Brody D.J. (2014). Depression and obesity in the U.S. adult household population, NCHS Data Brief, October, Volume 167, pp. 1-8

[158←]

W. (2015). Should Antidepressant Medications Be Used in the Elderly? Expert Rev Neurother. 15(9):961-963

[159←]

المرجع السابق (Rawlins, Williams & Beck, 1993)

[160←]

Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L. & Cheever K.H. (2010). Brunner & Suddharth›S Textbook Of Medical-Surgical Nursing. 12th edition ed. s. l.: Lippincott Raven Publishers

[161←]

Achieving the best outcome in“Sutherland J.E., Sutherland S.J. & Hoehns J.D. (2003). Journal of Family Practice. 52 (3): 201–09”treatment of depression

[162←]

بن علو، الأزرق (1993). الإنسان والقلق. سينا للنشر – مصر

[163←]

Langs, R. (2004). «Death anxiety and the emotion-processing mind», Psychoanalytic Psychology, vol. 21, no. 1, 31-53, Fundamentals of Adaptive Psychotherapy and

Counseling. London: Palgrave-Macmillan

[164←]

Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. & Lustman P.J. (2002). «Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review». J Psychosom 12479986 PMIDRes (Systematic Review). 53 (6): 1053–60.

[165←]

إبراهيم، خلف و جلال، كمال (1997). قلق المنافسة الرياضية وعلاقته بتركيز الانتباه والأداء المهاري في كرة اليد. المجلة العلمية – التربية البدنية، المجلد (31)، العدد (1)، ص 3–104

[166←]

فرج، عبد اللطيف (2009). الاضطرابات النفسية، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع

[167←]

Bourne, E.J. (2001). Beyond anxiety & phobia. Oakland, CA: New Harbinger-Publications

[168←]

عبد الخالق، أحمد (1996). قياس الشخصية. الكويت، جامعة الكويت، الطبعة الأولى

[169←]

Doğan, Kuğu & Akyüz (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. 2009 Sep, 24(9):1026-33 .Int J Geriatr Psychiatry

[170←]

Gorman J.M., Kent J.M. & Sullivan G.M. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. AmJ. 57: 493–505

[171←]

Pauls D.L. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 152(1):76–84

[172←]

American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C. :American Psychiatric Association

[173←]

المرجع السابق (APA, 2013)

[174←]

ننصح بالإطلاع على دراسة نبال الحاج محمد ونجوى اليحفوفي (2007). القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدين وغير المتقاعدين بعد سن التقاعد. دراسات عربية في علم النفس. المجلد (6) – العدد 2. ص 151-183

دراسة أخرى: نجوى اليحفوفي ونبال الحاج محمد (2008). القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين وعلاقتهما ببعض المتغيرات الديمغرافية-الاجتماعية. الثقافة النفسية المتخصصة. المجلد (19) – العدد 75. ص 45-62

[175←]

Newman M.G., Llera S.J., Erickson T.M., Przeworski A. & Castonguay L.G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms and treatment. Annual review of clinical 275-297 ,9psychology,

[176←]

Craig K.J., Brown K.J. & Baum A. (1995). Environmental factors in the etiology of anxiety. In: Bloom FE, Kupfer DJ, eds. Psychopharmacology: the Fourth 1339–1995:1325 Generation of Progress. New York, NY: Raven Press,

[177←]

Jason P. & Louis M. (2012). Antidepressants: Pharmacology, Health Effects and 58Controversy. New York: Nova Science Publishers. p.

[178←]

Hollands J., Farchione T.J. & Barlow D.H. (2013). Intolerance-Boswell J.F., Thompson of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. Journal of clinical psychology, 69(6), 630-645

[179←]

Richard B. & Jerrold L. (2014). «Preoperative Anxiety Management, Emergence Delirium, and Postoperative Behavior». Anesthesiology Clinics. 32 (1): 1–23

[180←]

Peggy H. & Charles S. (1987). «Beta-blockers in anxiety disorders». Journal of Affective Disorders. 13 (2): 119–30

[181←]

Anxiety Disorders in Later Life: Differentiated“Calleo J. & Stanley M. (2008). Psychiatric Times. 26 (8)”Diagnosis and Treatment Strategies

[182←]

Hickey E. (2009). Dementia: From Diagnosis to Management: a Functional Approach. Psychology Press. Place of publication: New York

[183←]

Bender M. (2003). Explorations in Dementia: Theoretical and Research Studies into the Experience of Remediable and Enduring Cognitive Losses. London

[184←]

Pantoni L. & Inzitari D. (1993). «Hachinski›s ischemic score and the diagnosis of vascular dementia: a review». Italian Journal of Neurological Sciences. 14 (7): 539–46

[185←]

Guehne U., Riedel-Heller S. & Angermeyer M.C. (2005). «Mortality in dementia». Neuroepidemiology. 25 (3): 153–62

[186←]

”Dementia“Cunningham E.L., McGuinness B., Herron B. & Passmore A.P. (2015). The Ulster Medical Journal. 84 (2): 79–87

[187←]

Waldemar G. (2007). Recommendations for the Diagnosis and Management of Alzheimer›s Disease and Other Disorders Associated with Dementia: EFNS guideline. European Journal of Neurology. January14(1):e1–26

[188←]

The endocannabinoid system in normal and pathological“ Bilkei-Gorzo A. (2012). - Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B,”brain ageing Biological Sciences

[189←]

Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria,“ Reitz C. & Mayeux R. (2014). - risk factors and biomarkers”. Biochemical Pharmacology. 88 (4): 64051

[190←]

Early-onset Alzheimer’s disease: nonamnestic subtypes and“Mendez M. F. (2012). . Archives of Medical Research. 43 (8): 677–85”type 2 AD

[191←]

Burns A. & Iliffe S. (2009). «Alzheimer›s disease». BMJ. 338: b158

[192←]

Ballard C., Gauthier S., Corbett A., Brayne C., Aarsland D. & Jones E. (2011). «Alzheimer›s disease». Lancet. 377 (9770): 1019–31

[193←]

The endocannabinoid system in normal and pathological brain“Bilkei-Gorzo A. (2012). Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B,”ageing Biological Sciences. 367 (1607): 3326–41

[194←]

Declercq T., Petrovic M., Azermai M., Vander Stichele R., De Sutter A.I., Van Driel M.L. & Christiaens T. (2013). «Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia». The Cochrane Database of Systematic Reviews. 3 (3): CD007726

[195←]

Battistin L. & Cagnin A. (2010). «Vascular cognitive disorder. A biological and clinical overview». Neurochemical Research. 35 (12): 1933–8

[196←]

Dementia with Lewy bodies: an emerging disease”“Neef D. & Walling A. D. (2006). Am Fam Physician (Review). 73 (7): 122329

[197←]

Sahin Cankurtaran E. (2014). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Noro psikiyatri arsivi. 51(4):303-312

[198←]

Woods B., Aguirre E., Spector A.E. & Orrell M. (2012). “Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia”. The Cochrane Database of Systematic Reviews

[199←]

Cermak L. (1984). The episodic-semantic distinction in amnesia. New York: Guilford 55Press. p.

[200←]

Poreh A., Winocurb G., Moscovitch M., Backon M., Goshen E., Ram Z. & Feldman Z. (2006). «Anterograde and retrograde amnesia in a person with bilateral fornix –2241 :(12) 44lesions following removal of a colloid cyst». Neuropsychologia. 2248

[201←]

Enzinger C., Thimary F., Kapeller P., Ropele S., Schmidt R., Ebner F. & Fazekas F. (2008). «Transient Global Amnesia: Diffusion-Weighted Imaging Lesions and 25–2219 :(8) 39Cerebrovascular Disease». Stroke.

[202←]

Silver J. M., McAllister T. W. & Yudofsky S. C. (2005). Textbook Of Traumatic Brain Injury. American Psychiatric Pub., Inc. p. 63

[203←]

Allan T. & Jane M. (2006). «The natural history and pathophysiology of Wernicke›s Encephalopathy and Korsakoff›s Psychosis». Alcohol and Alcoholism. 41 (2): 151–8

[204←]

Goldsmith R.E. ; Cheit R.E. & Wood M.E. (July 2009). «Evidence of Dissociative Amnesia in Science and Literature: Culture-Bound Approaches to Trauma in Pope, Poliakoff, Parker, Boynes, and Hudson (2007)». Journal of Trauma & Dissociation. 9 10 (3): 237–253,

[205←]

Strange D., Wade K. & Hayne H. (2008). «Creating False memories for Events that Occurred Before Versus After the Offset of Childhood Amnesia». Memory. 16 (5): 475–484

[206←]

Barnier A.J. (2002). Posthypnotic amnesia for autobiographical episodes: A laboratory model of functional amnesia? Psychological Science, 13(3), 232–237

[207←]

Dalla Barba G., Nedjam Z. & Dubois B. (1999). «Confabulation, executive functions, and source memory in Alzheimer›s disease». Cognitive Neuropsychology. 16 (3–5): 385–398

[208←]

Kanwisher N., McDermott J. & Chun M.M. (1997). The fusiform face area: A module in human extrastriate cortex specialized for face perception. Journal of Neuroscience, 17(11), 4302-4311

[209←]

Squire L.R. & Amaral D.G. (1996). "Three cases ofRempel-Clower N.L., Zola S.M., enduring memory impairment after bilateral damage limited to the hippocampal . 16 (16): 5233–5255formation". The Journal of Neuroscience

[210←]

الجهاز الحوفي في الدماغ يعتبر مسؤولًا عن التحكم بمشاعرنا وذكرياتنا

[211←]

Draaisma D. (2013). «Neuroscience: Losing the past». Nature. 497 (7449): 313–314

[212←]

Neil C. (2007). Psychology the Science of Behaviour. Toronto: Pearson. p. 283

[213←]

Foley D.J., Monjan A.A. & Brown S.L. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep; 18:425-432

[214←]

Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C. & Vitiello M.V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 27:1255-1273

[215←]

Ulrich V. & Christian G. (2012). «Sleep disorders». Neurobiology of Psychiatric Disorders. Handbook of Clinical Neurology. 106. pp. 527–40

[216←]

Ancoli-Israel S. (2000). Sleep problems in older adults: putting myths to bed. Geriatrics. 52:20-30

[217←]

Brassington G.S., King A.C., Bliwise D.L. (2000). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. J . Am G. eriatr Soc. 48:1234-1240

[218←]

Dew M.A., Hoch C.C. & Buysse D.J. (2003). Healthy older adults› sleep predicts all-cause mortality at 4 to 19 years of follow-up. Psychosom Med., 65:63-73

[219←]

Foley D.J., Monjan A. & Simonsick EM. (1999). Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6, 800 persons over three years. Sleep. 22 (suppl 2):S366-S372

[220←]

Mark M. (2000). «What is causing excessive daytime sleepiness? Evaluation to distinguish sleep deprivation from sleep disorders». Postgraduate Medicine. 107 (3): 108–10, 115–8, 123

[221←]

Pulmonary Physicians in the Practice of Sleep“). 2005Paul K., Wagner P. & Epstein L. (. Chest. American College of Chest Physicians. 128 (6): 3788–90”Medicine

[222←]

Espiritu R.C., Kripke D.F. & Ancoli-Israel S. (1994). Low illumination by San Diego adults: association with atypical depressive symptoms. Biol Psychiatry. 35:403-407

[223←]

Christian K. (2008). «A polymorphism at the 3′-untranslated region of the CLOCK gene is associated with adult attention-deficit hyperactivity disorder». American Journal of Medical Genetics Part B. 147B (3): 333–338

[224←]

Van der Heijden K.B., Smits M.G., Van Someren E.J. & Gunning W.B. (2005). «Idiopathic chronic sleep onset insomnia in attention-deficit/hyperactivity disorder: a circadian rhythm sleep disorder». Chronobiology International. 22 (3): 559–70

[225←]

Sleep Medicine Reviews."(Circadian rhythm sleep disorders (CRSD"Yaron D. (2002). Elsevier. 6 (1): 45–54

[226←]

Kripke D.F. & Klauber M.R. (1991). Sleep disordered breathing in community--dwelling elderly. Sleep. 14:486-495

[227←]

Shott S.R., Amin R., Chini B., Heubi C., Hotze S. & Akers R. (2006). «Obstructive-sleep apnea: Should all children with Down syndrome be tested?». Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 132 (4): 432–6

[228←]

Haas D.C., Foster G.L. & Nieto F.J. (2005). Age-dependent associations between sleep--disordered breathing and hypertension: importance of discriminating between systolic/diastolic hypertension and isolated systolic hypertension in the Sleep Heart Health Study. Circulation. 111:614-621

[229←]

Shahar E., Whitney C.W. & Redline S. (2001). Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross sectional results of the Sleep Heart Health Study. Am J Respir Crit Care Med. 163:19-25

[230←]

Grunstein R. (2005). Continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier;1066-1080

[231←]

Mason M., Welsh E.J. & Smith I. (2013). «Drug therapy for obstructive sleep apnoea in . The Cochrane Database of Systematic Reviews"adults

[232←]

Becker P.M. & Sharon D. (2014). «Mood disorders in restless legs syndrome (Willis–Ekbom disease)». The Journal of Clinical Psychiatry. 75 (7): e679–94

[233←]

Hornyak M. & Trenkwalder C. (2004). Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the elderly. J Psychosom Res. 56: 543-548Ohayon M.M., Caulet M. & Priest R.G. (1997). Violent behavior during sleep. J Clin Psychiatry. 58:369-376

[234←]

Jung Y. & St Louis E.K. (2016). «Treatment of REM Sleep Behavior Disorder». Curr Treat Options Neurol (Review). 18 (11): 50

[235←]

Schenck C.H., Bundlie S.R. & Mahowald M.W. (1996). Delayed emergence of a parkinsonian disorder in 38% of 29 older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder. Neurology. 46:388-393

[236←]

Stuart G. & Sundeen S. (1979). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. ST. Louis, MO, USA: Mosby

[237←]

Walker B.L. (1997). Sexuality and the elderly: A research guide. Anotated ed. Westport, CT:Green wood Press

[238←]

Brogan M. (1996). The sexual needs of elderly people:addressing the issue. Nursing Standard. 10:42-5

[239←]

Bytheway B. (1995). Ageism. Buckingham, UK: Open University Press

[240←]

Losee R. & Drench M. (1996). Sexuality and sexual capcities of elderly people. Rehabil Nurs;21:118-23

[241←]

Griffiths E. (1988). No sex please, we’re over 60. Nursing Times. 84:34-5-

[242←]

Feilo S. & Warren F. (1997). Sexual expression in a very old man: a nursing approach-to care. Geriatr Nurs, 18:61-4

[243←]

Kaas M. (1978). Sexual expression of the elderly in nursing homes. Gerontologist.-18:372-8

[244←]

Ehrenfeld M., Bronner G., Tabak N., Apert R. & Bergman R. (1999). Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. Nurs Ethics, 6:144-9

[245←]

McCartney J., Izeman H., Rogers D. & Cohen N. (1987). Sexuality and the institutionalized elderly. J. Am Geriatr Soc; 35:331-3

[246←]

Byers J. (1983). Sexuality and the elderly. Geriatr Nurs. 293-7

[247←]

Pfeiffer E., Verwoerdt A. & Davis G.C. (1972). Sexual behavior in middle life. Am J Psychiatry. 128:1262–7

[248←]

Bouman W.P. & Arcelus J. (2001). Are psychiatrists guilty of «ageism» when it comes to taking a sexual history? Int J Geriatr Psychiatry. 16:27–31

[249←]

Tien-Hyatt J.L. (1987). Self-perceptions of aging across cultures: Myth or reality? Int J Aging Hum Dev. 1987;24:129–48

[250←]

Masters W.H. & Johnson V.E. (1970). Human Sexual Inadequacy. Toronto; New York:-Bantam Books

[251←]

Devlin D. (1999). Older Women and sexuality. Geriatr Med. June: 25-9

[252←]

Goldstein I., Lue TF & Padma-Nathan (1998). Oral sildenafil in the treatment of-erectile dysfunction. N. Engl J. Med. 338:1397-404

[253←]

Health, H. (2000). Sexuality and continence in older Women, Elderly Care, 12:32-4-

[254←]

Jackson G., Betteridge J. & Dean J. (1999). A systemic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patients: a consensus statement. Int J. Clin Pract, 53:445-51

[255←]

Griffiths E. (1988). No sex please, we're over 60. Nursing Times. 84:34-5

[256←]

McCartney J., Izeman H. & Cohen, N. (1987). Sexuality and the institutionalized elderly. J. Am Geriatr Soc., 35:331-3

[257←]

Riley A. (1999). Sex in old age. Geriatr Med., 3:25-8

[258←]

Hillman J. & Stricker G. (1994). A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality:not necessarily a uniform relationship. Gerontlologist, 34:256-60

[259←]

Kaas M. (1978). Sexual expression of the elderly in nursing homes. Gerontologist,-18:372-8

[260←]

Grigg E. (1999). Sexuality and older people. Elderly Care;11:12-15

[261←]

Brogan, M. (1996). The sexual needs of elderly people: addressing the issue. Nursing-Standard, 10:42-5

[262←]

تجدر الإشارة إلى أن التقاعد هو في المبدأ تقاعد الشخص من الوظيفة الرسمية وليس تقاعده من العمل ، وسنعمل على توضيح هذه النقطة لاحقًا

[263←]

Alan G. & Steinmeier T. (2000). «Retirement in Dual Career Families: A Structural Model. « Journal of Labor Economics, Vol. 18, No. 3, pp. 503–545

[264←]

Chosewood C. (2011). When it comes to work, How old is it too old? NIOSH. Work Place Safety and Health. Medscape and NIOSH

[265←]

Feldman D C. & Beehr T.A. (2011). A three-phase model of retirement decision making. American Psychologist. 66(3):193–203

[266←]

عبد الحميد، محمد نبيل (1987). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، القاهرة، الدار الفنية للنشر والتوزيع

[267←]

Zdychnec L. (2011). "Essential Elder Law Planning for LGBT Clients". Elder Law Report. 22 (7): 1–5

[268←]

Judith T. (2011). From Sun Cities to The Villages: A History of Active Adult, Age-Restricted Communities. University Press of Florida

[269←]

J Gerontol. 1984Palmore, Fillenbaum & George(1984). Consequences of retirement. Jan;39(1):109-16

[270←]

Richardson V. & Kilty K. (1991): Adjustment to Retirement : Continuity VS. Discontinuity. International Journal of Aging and Human Development Vol. 33, No. 2, pp. 151–169

[271←]

Atchley, R. (1992). What do social theories of aging offer to counselors? Counseling Rsychology, Vol. 20, Issue 2, pp:336-341

[272←]

Belgrave L.L., Haug M.R. & Gomez-Bellenge F.X. (1987). Gender and race differences in effects of health and pension on retirement before 65. Comprehensive Gerontology [B]. 1(3):109-17

[273←]

Dwyer D.S. & Mitchell O.S. (1999). Health problems as determinants of retirement: are self-rated measures endogenous? Journal of Health Economics. 18(2):173-93

[274←]

Ettner S.L. (1996). New Evidence on the Relationship between Income and Health. Journal of Health Economics. 15:67-85

[275←]

Szinovacz M.E. & Davey A. (2004). Retirement transitions and spouse disability: effects on depressive symptoms. Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 59(6):S333-42

[276←]

Tuomi K., Jarvinen E., Eskelinen L., Ilmarinen J. & Klockars M. (1991). Effect of retirement on health and work ability among municipal employees. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 17 (supplement 1): 75-81

[277←]

Ostberg H. & Samuelsson S. (1994). Occupational retirement in women due to age. Scandinavian Journal of Social Medicine. 2:90-96

[278←]

Bosse R., Aldwin C.M., Levenson M.R. & Ekerdt DJ. (1987). Mental health differences among retirees and workers: findings from the Normative Aging Study. Psychology and Aging. 2(4):383-9

[279←]

Saffer H. & Dave D. (2005). The effect of alcohol consumption on the earnings of older workers. In Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 16, eds: Bjorn Lindgren and Michael Grossman. JAI Press: Greenwich, CT

[280←]

Bound J. (1991). «Self-reported versus objective measures of health in retirement models», Journal of Human Resources, 26:106-138

[281←]

M.G. & Ryan D. (1999).PerriGrundy S.M., Blackburn G., Higgins M., Lauer R., Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities. 31(11) Supplement 1:S502-8Medicine and Science in Sports and Exercise.